FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 24 Mars 1909, à 1 heure

PAR

Georges-Clément SWIECINSKI
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne et Assistant de Clinique chirurgicale à Iassy (Roumanie)

De l'hystérectomie abdominale subtotale

PAR LE PROCÉDÉ DE LA

DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges : MM. RECLUS, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE

JOSEPH DE SWIECINSKI

Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE IASSY

(Roumanie)

A MONSIEUR THOMAS JONNESCO

(de Bucarest)

Professeur d'Anatomie topographique
et Clinique chirurgicale

A MES MAITRES

MM. RICARD
MAUCLAIRE
CUNÉO
LABEY

Hommage respectueux

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Ancien Interne et Prosecteur des Hôpitaux

De l'hystérectomie abdominale subtotale

PAR LE PROCÉDÉ DE LA

DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

INTRODUCTION

Longuet (1899) fut le premier à appeler *subtotale* l'ablation susvaginale basse de l'utérus. Ce terme est employé aujourd'hui couramment pour désigner toute hystérectomie qui *n'est pas totale*. Les chirurgiens sont revenus sur la pratique qu'ils croyaient bonne, de faire la section basse du col de l'utérus, en ne laissant en place qu'un disque insignifiant de tissu utérin, adhérent au vagin ; aujourd'hui, ils font, pour la plupart, la section haute, au niveau de l'*isthme*.

Nous allons voir, dans le chapitre d'anatomie, combien plus avantageuse est la section *haute* au

point de vue de l'hémostase et de la rapidité dans l'exécution de l'opération.

Tout en étant de date ancienne — car la première *subtotale* remonte à 1843 (Heath) — l'hystérectomie abdominale subtotale a acquis difficilement sa place dans la pratique gynécologique. Sa technique a subi des variations (qui se trouvent en relation étroite avec l'évolution de l'asepsie en chirurgie et les procédés d'hémostase), jusqu'en 1881 où *Schrœder* publie son procédé resté classique.

Si, à l'étranger, la *subtotale* a gagné vite la confiance des chirurgiens — (depuis 1881 elle est systématiquement employée dans le fibrome par *Schrœder*, *Hoffmeier*, *Mickulicz*, *Chrobach*, etc., en Allemagne ; par *Spencer Wells*, *Milton* en Angleterre, *Emmet*, *Noble*, *Baldy*, *Kelly*, etc. en Amérique) — en France ce n'est que plus tard, en 1896, qu'elle trouve en *Terrier* un défenseur convaincu. *Ricard*, dans son rapport sur le traitement du fibrome au Congrès de Chirurgie de 1899, se prononce en faveur de la *subtotale*. *Quénu*, *Bouilly*, *Hartmann*, *Montprofit* (d'Angers), *Legueu*, etc. se rangent de son côté.

Après ce Congrès, l'hystérectomie abdominale subtotale prend en France un essor énorme, à tel point que la *totale* est considérée par la presque unanimité des chirurgiens comme un procédé *d'exception*. La subtotale est employée au début, pour le fibrome de l'utérus ; puis les indications s'en multiplient ; en *1892 Polk* (de New-York) fit, le premier, la *subtotale*

dans les annexites suppurées, et *Terrier* en 1896 pratiqua, le premier en France, la *subtotale* pour *salpingite*. Ensuite, on emploie la subtotale dans le traitement de la grossesse compliquant le fibrome de l'utérus, dans la grossesse tubaire, dans les abcès de l'utérus, métrites hémorragiques, kystes des ligaments larges, ruptures et perforations utérines, infections puerpérales, rétro-déviations, etc.

Le procédé primitif de *Schrœder* n'est modifié que dans ses détails par *Terrier*, *Pozzi*, *Ricard*, *Potherat*, etc.

En 1897, *Segond* fait connaître en France le procédé de *Kelly*.

Dans les thèses de Paris, de *Jouany*, *Sicard*, *Breton*, *Gillot*, *Murlhon*, *Daniel*, on trouve décrites les différentes manières de faire la « subtotale ».

Richelot, se basant sur des faits personnels et sur les cas de *Schauta*, *Hœker*, *Erlach*, etc., s'élève contre la pratique de la « subtotale », sous prétexte que le moignon cervical peut subir la dégénérescence maligne. Il fait, à ce sujet, des communications à la Société de Chirurgie, les 8 octobre 1903, 8 juin 1904 et en 1905.

Segond, *Ricard*, *Routtier*, *Schwartz*, *J.-L. Faure*, *Quénu*, *Pozzi*, *Walther* et l'unanimité des membres de la Société affirment que la cancérisation du moignon est exceptionnnelle et profitent de l'occasion pour déclarer que, dans le fibrome, l'ablation « subtotale » doit être la règle, sauf dans certains cas, d'ailleurs rarissimes.

En France, c'était la première lutte sérieuse engagée contre l'hystérectomie subtotale, et, en suivant ces débats, on est vite convaincu que cette discussion a été tout à son avantage.

L'hystérectomie abdominale subtotale par la *décollation antérieure* n'a fait encore l'objet d'aucun travail d'ensemble.

J'ai divisé le présent mémoire en cinq chapitres :

Chapitre I. — Considérations anatomo-chirurgicales sur la région isthmique de l'utérus.

Chapitre II. — Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure.

Chapitre III. — Remarques sur les différents temps de la technique opératoire de la décollation antérieure dans des cas spéciaux.

Chapitre IV. — Indications.

Chapitre V. — Résultats et conclusion.

Le chapitre de *technique* est la copie fidèle de l'opération, telle que mon maître Ricard l'exécute. J'aurais pu ajouter à chacun des temps opératoires les différentes manières dont les chirurgiens les pratiquent dans une hystérectomie abdominale subtotale d'après un procédé quelconque et qui trouvent ici leur application.

En ce faisant, j'aurais réédité des choses déjà décrites amplement dans des thèses qu'on a soutenues devant cette Faculté, j'aurais sûrement alourdi la lecture de ce procédé que je tenais à exposer le plus

clairement et le plus simplement possible. Ma description ne peut éveiller qu'imparfaitement, dans l'esprit du lecteur, l'opération dans son ensemble, conduite avec la maîtrise que reconnaissent à mon maître Ricard tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre : je lui demande humblement sa bienveillante indulgence si sous ma plume sa technique a souffert et manque d'éclat.

Dans le chapitre des *indications*, j'étudie seulement les cas où j'ai vu appliquer l'hystérectomie subtotale par la décollation antérieure, et j'évite sciemment d'entrer dans la discution des indications de la « décollation antérieure » dans d'autres états morbides utéro-annexiels où on a fait des subtotales.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomo-chirurgicales sur la région isthmique de l'utérus chez la femme adulte

A. — Après avoir mis la femme en position de Trendelenburg, nous allons ouvrir la cavité péritonéale par une incision suspubienne de longueur variable suivant l'épaisseur de la paroi.

On placera un écarteur abdominal, on refoule en bas les organes qui remplissent le petit bassin ; grand épiploon, anses de l'intestin grêle, parfois même le côlon pelvien. Pour qu'ils ne gênent pas nos investigations, nous les maintenons refoulés par de petits champs.

1.—Nous voyons alors entre la vessie et le rectum, un globe ovoïde gris rosé, à grand diamètre transversal qui est le fond de l'utérus.

Celui-ci est rarement dans une position nettement médiane et transversale. Il serait le plus souvent, pour *Henle*, dans une position para-médiane droite, en légère torsion en arrière et à droite.

Le fond de l'utérus, convexe dans tous les sens, se continue au niveau des extrémités, avec les trompes qui décrivent une courbe, plus ou moins sinueuse

à concavité inférieure et postérieure, pour arriver au pôle inférieur de l'ovaire. Elles occupent le faîte des ligaments larges.

Sur le versant antérieur des extrémités de l'ovoïde formé par le fond de l'utérus, on voit naître les *ligaments ronds* qui se dirigent en avant et en haut, décrivant un arc régulier, vers l'orifice profond du canal inguinal.

Du versant postérieur, et bien moins apparents, partent les *ligaments utéro-ovariens*, qui se dirigent en bas, en dehors et en arrière vers l'extrémité utérine de la glande sexuelle.

2. — Vidons la vessie ; nous découvrons la face antérieure du corps utérin sur une étendue très variable.

Nous nous rendons alors compte de la direction de l'organe. Cette direction est variable avec l'état de plénitude de la vessie et du rectum.

Chez la femme normale n'ayant jamais eu de lésions inflammatoires péri-utérine ou annexielle, la vessie et le rectum étant vides, dans la position de Trendelenburg, on constate que l'utérus tend à se redresser et tombe en arrière de l'axe du bassin qu'il occupe si les deux organes entre lesquels il se trouve sont en état de moyenne réplétion.

Donc, en position de Trendelenburg, l'utérus normal, chez une femme préparée pour une laparotomie, nous montrera facilement sa face antérieure dans presque toute son étendue.

Si on introduit dans le rectum une poire en caout-

chouc qu'on gonfle à volonté, on constate que la dilatation de la portion ampullaire du rectum amène un déplacement en masse de l'utérus en avant, ce qui rend plus accessible sa région isthmique. En même temps on accuse de ce fait le redressement de l'organe.

Le péritoine vésical se réfléchit sur la face antérieure de l'utérus, après avoir formé le cul-de-sac vésico-utérin dont la profondeur est très variable.

Généralement ce cul-de-sac arrive jusqu'à l'isthme utérin et, chez les multipares, il est rare que le cul-de-sac vésico-utérin dépasse le niveau de l'orifice interne du col (Rieffel), tandis que, chez les multipares on peut le voir atteindre le cul-de-sac vaginal antérieur.

Sur la face antérieure de l'utérus, le péritoine n'est pas partout également adhérent. Une première zone d'adhérences intimes revêt la forme d'un triangle dont la base se trouve voisine du fond utérin et dont le sommet s'avance à 2 cm. 5 de l'isthme : au-dessus de celle-ci, nous tombons sur une zone où l'adhérence est moins intime, le décollement de la séreuse encore possible ; au-devant de l'isthme et de la portion sus-vaginale du col, enfin, le péritoine se ramasse en des plis transversaux qui sont autant de réserves péritonéales pour le cas où la vessie se distend.

C'est encore aux dépens de cette réserve que les fibromes du segment inférieur de l'utérus vont s'entourer d'une enveloppe séreuse.

Souvent le cul-de-sac vésico-utérin est soulevé

dans le sens antéro-postérieur par des plis, formant les *replis antérieurs de Douglas.*

Sur les côtés le péritoine de la face antérieure de l'utérus se continue avec le feuillet antérieur des ligaments larges.

3. — Fixons avec une pince de Museux le fond de l'utérus et basculons-le en avant vers la symphyse pubienne ; nous allons découvrir alors la face postérieure de l'organe, convexe dans tous les sens, recouverte par la séreuse ; celle-ci, après avoir formé le cul-de-sac de Douglas, remonte sur les faces antérieure et latérales du rectum.

La face postérieure de l'utérus présente sur son milieu une crête verticale mousse (plus accusée chez les jeunes femmes), sans atteindre jamais le fond de l'organe. On lui a donné une certaine importance dans le diagnostic différentiel des fibromes saillants dans le Douglas, avec la rétroversion de l'utérus.

La séreuse recouvre cette face sur une étendue bien plus grande, que sur la paroi antérieure de l'utérus.

En effet, elle tapisse la face postérieure du corps, l'isthme, la portion sus-vaginale du col et couvre sur une étendue de 1-2 centimètres le cul-de-sac vaginal postérieur. On conçoit quelle importance a ce fait anatomique dans l'opération de la colpotomie, de l'hystérectomie totale par le procédé Doyen, etc.

J.-L. Faure remarque justement, qu'en tirant sur le fond utérin, l'étendue de la portion péritonéale de la paroi postérieure du vagin devient d'au-

tant plus grande. Ici encore la séreuse n'adhère pas partout d'une façon égale. Il y a une zone d'adhérences fortes, zone triangulaire à base dirigée vers le fond de l'utérus dont le sommet atteint presque l'isthme. Le décollement est possible au-dessus, ce qui permet de faire un lambeau postérieur péritonéal pour recouvrir la tranche vaginale, dans l'hystérectomie totale, ou le moignon cervical dans la « subtotale » basse.

En tirant fortement vers le pubis sur le fond de l'utérus amarré avec la pince de Museux, on voit se dessiner deux saillies linéaires, courbes, à concavité interne, qui soulèvent en cordon le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Ces saillies s'étendent depuis l'isthme utérin jusqu'au sacrum en passant sur les côtés du rectum. Ce sont les *ligaments utéro-sacrés* si importants dans la statique utéro-vaginale comme nous allons le voir ; ces ligaments servent de repère dans *l'hystérectomie subtotale* par la décollation postérieure ; c'est à leur niveau qu'il faut faire la section de l isthme.

La saillie des ligaments utéro-sacrés divise le Douglas en deux portions : une portion supérieure utéro-rectale qui est occupée par le côlon pelvien, ou des anses grêles ; la partie inférieure ou vagino-rectale, qui ne contient jamais d'intestin ; c'est là que se rassemblent les premières gouttes d'ascite, de sang dans les hématocèles rétro-utérines, de pus dans les pelvi-péritonites.

Sur les côtés, la séreuse se continue avec le feuil-

let postérieur des ligaments larges sur lequel font relief les ligaments utéro-ovariens et les méso-ovariums.

Les deux feuillets, qui constituent les ligaments larges, s'unissent au niveau des trompes. Ils forment avec l'utérus au milieu, un large rideau divisant la cavité pelvienne en deux compartiments : un antérieur vésical, un postérieur rectal. C'est dans le compartiment postérieur que se trouve l'ovaire, entouré du segment externe de la trompe. C'est là qu'il faut rechercher les annexes malades qui tombent, dans la grande majorité des cas, dans le Douglas.

B. — Faisons une incision transversale du péritoine recouvrant la face antérieure de l'utérus, à la limite de la zone décollable, parallèlement aux plis séreux qui s'amassent au fond du cul-de-sac vésico-utérin. Prolongeons cette incision sur les côtés pour qu'elle entame le feuillet antérieur des ligaments larges. Répérons avec des pinces de Kocher la lèvre supérieure de cette brèche et, avec le bout de ciseaux fermés, ou mieux avec une compresse, décollons ce lambeau séro-conjonctivo-musculaire ; nous pourrons alors étudier les rapports de la portion isthmique de l'utérus qui nous intéressent spécialement.

En anatomie descriptive on donne le nom d'*isthme* à cette portion rétrécie intermédiaire au col de l'utérus et au corps, répondant exactement à l'orifice interne du col. C'est une portion extrêmement étroite, presque linéaire, difficile à délimiter exté-

rieurement, même ayant en main l'utérus entier.

Cette détermination est encore plus difficile — sinon impossible — au cours d'une hystérectomie, où il s'agit d'utérus malades, déformés par un processus pathologique.

Donc au point de vue purement chirurgical nous allons entendre sous le nom d'*isthme* non pas la portion étroite linéaire passant par l'orifice interne de la cavité cervicale, mais une région d'une largeur de 2 centimètres à peu près, comprenant la portion para-isthmique du corps utérin et de la portion sus-vaginale du col.

Ainsi délimité, nous allons décrire les rapports qui sont très importants à connaître pour la pratique de la « subtotale ».

La portion isthmique de l'utérus est dépourvue de péritoine en avant et sur les côtés — elle en est recouverte en arrière, où l'adhérence est faible — et on peut éventuellement s'en servir pour recouvrir le moignon.

a) Sa face antérieure répond à la vessie dont la sépare un tissu cellulaire lâche, contenant des rameaux artériels, branches de la *cervico-vaginale* et de la *vésico-vaginale* de Ricard.

Ce tissu cellulaire est dépendant de la gaine hypogastrique qui, en se dédoublant, entoure complètement la portion isthmique de l'utérus.

Elle est mince en arrière, plus épaisse en avant, où elle est renforcée par la gaine allantoïdienne.

Entre la vessie en avant, l'isthme et le vagin en

arrière, il y a un espace *inter-cervico-vagino-vésical*, qui peut être le siège des hématocèles anté-utérines sous-péritonéales de *Hecker* ou de certains fibromes qui se développent aux dépens de la portion isthmique de l'utérus.

Parfois cet espace n'existe pas, à proprement parler, à cause des adhérences par échange de fibres musculaires lisses entre la vessie et l'utérus. Sur les côtés, l'espace est limité par une partie (utéro-vagino-vésicale) de l'aponévrose pubo-vésico-génito-sacrée, dont nous ferons plus loin la description complète et dont nous montrerons l'importance dans la statique des organes pelviens.

b) C'est sur les côtés que les rapports de la portion isthmique de l'utérus sont importants.

En effet, ici nous allons considérer les rapports avec *deux organes* dont la blessure doit être évitée dans l'hystérectomie abdominale subtotale.

1° L'*uretère* pelvien décrit une courbe à concavité interne et antérieure. Dans sa portion pariétale il est parallèle à l'hypogastrique dont il longe le flanc postéro-interne. Dans sa portion viscérale il fait partie des organes contenus dans la gaine hypogastrique. Situé en arrière du ligament large, il pénètre dans la gaine hypogastrique en soulevant le feuillet postérieur de ce ligament ; décrit ensuite sa courbe dans la base du ligament large, en s'approchant de l'isthme qu'il croise — tout en restant à 15-20 millimètres de lui. Il se dirige obliquement en avant et en dedans, passe sous l'anse de l'artère utérine, s'insinu

entre la vessie et la paroi antéro-latérale du vagin, pour pénétrer dans la paroi vésicale qu'il parcourt pour s'ouvrir dans les angles latéraux du triangle de Lieutaud.

L'orifice vésical des uretères se trouve dans le plan passant par l'orifice externe du col utérin. A leur entrée dans la paroi vésicale, les uretères sont distants l'un de l'autre par un intervalle de 4 centimètres et cette distance se réduit à 2 cm. 5 à leur embouchure dans la vessie.

Pendant ce trajet, l'uretère est moins oblique que l'artère utérine qui est presque dans un plan horizontal. Donc les directions de ces deux organes se croisent et ce croisement a lieu un peu au-dessous du plan passant par l'orifice interne du col à 15-20 millimètres de l'isthme.

2° *L'artère utérine* est située en avant de l'uretère. Elle le croise formant une crosse. Nous avons vu quels sont la distance et le niveau de ce croisement par rapport à l'isthme.

Après le croisement, l'artère a un trajet récurrent en s'approchant de plus en plus des flancs de l'isthme et du bord du corps utérin, tout en restant à une distance de 5 millimètres chez les nullipares. Chez elles l'utérine dans ce segment décrit peu de sinuosités ; chez les multipares, ces sinuosités sont très marquées et pénètrent même dans la substance de l'utérus, en s'y incrustant. Nous allons voir quelle importance a ce point spécial des rapports, dans la pratique de l'hystérectomie subtotale par « la décol-

lation antérieure ». Arrivée à la corne de l'utérus, l'utérine passe sous le ligament rond, pénètre dans l'aileron salpingien et s'y divise en des branches terminales et anastomotiques avec l'utéro-ovarienne.

Avant de croiser l'uretère, l'utérine a donné déjà des branches *vaginales*, et l'artère *uretérique*. De la crosse même naissent les branches *cervico-vaginales* qui se portent sur les flancs de l'isthme et du dôme vaginal ; des branches *vésicales* qui naissent soit des rameaux cervico-vaginales ou directement de l'utérine un peu en dehors des précédentes. Parfois les vésicales naissent très haut, près de l'origine de l'utérine, entourant l'uretère pelvien d'un faisceau d'artérioles.

Dans sa portion juxta-utérine, l'utérine envoie des rameaux au col, à l'isthme et au corps de l'utérus ; des petits rameaux aux ligaments larges, et, près de sa terminaison, une artériole du ligament rond qui va s'anastomoser avec un rameau de l'épigastrique.

De la disposition de ces branches de l'artère utérine, on peut faire des déductions de la plus haute valeur pour la technique de l'hystérectomie. Aucune dissection ne vaut, à ce point de vue, les planches obtenues par la radiographie de l'utérus dont les utérines ont été injectées à l'onguent mercuriel double et que nous trouvons dans la thèse de *Fredet*.

P. Fredet communique au Congrès International de Médecine de Paris, en 1900, le résultat de ses recherches sur la disposition des artères de l'utérus étudiés au moyen de la radiographie. Il montre

l'existence de zones chirurgicalement exangues situées :

1° Sur le milieu de la face antérieure et postérieure du corps utérin ;

2° Sur le fond de l'utérus, dans l'axe transversal ;

3° Au niveau de l'isthme.

C'est au niveau de ces zones qu'il faut inciser l'utérus, si on veut avoir le minimum d'hémorragie, dans l'extirpation de l'organe.

Je crois pouvoir me servir de ces planches pour des déductions en vue de la « subtotale ».

En effet, sur toutes ces planches, mais surtout sur la quatrième, on voit très clairement quelle est la manière dont les rameaux cervicaux et ceux du corps abordent l'organe. Après leur naissance de la crosse utérine les cervico-vaginales se dirigent obliquement en bas et en dedans pour aborder la portion sus-vaginale du col et le dôme vaginal.

Arrivées au contact de ces organes, les artérioles se subdivisent en un bouquet de branches qui, tout en étant sinueuses, gardent leur direction primitive, oblique. Elles forment, pour Farabeuf, au niveau du col utérin, un réseau superficiel, d'où partent des branches en profondeur, peu flexueuses, presque droites. En général la vascularisation du col est peu développée par rapport à celle du corps.

Quant aux artères du corps utérin, elles ont une direction obliquement ascendante : elle sont extrêmement sinueuses et spiroïdes.

On peut voir très nettement sur les planches III

et IV, de la thèse de Fredet, cette direction différente des artères du col et du corps, et une *zone intermédiaire*, *répondant à l'isthme* qui est presque avasculaire. Dans tous les cas, les quelques branches qui s'y trouvent (planche IV) ont une direction franchement perpendiculaire à l'axe de l'isthme.

D'où il résulte que, si on fait la section basse du col, on coupe un nombre très grand des artérioles, d'où hémorragies parfois difficiles à arrêter.

Au contraire, la section à l'*isthme* se fait presque à blanc, ce qui constitue une supériorité remarquable pour l'hystérectomie subtotale par section première de l'isthme.

Dans l'hystérectomie abdominale totale, pour éviter l'hémorragie de la tranche vaginale, on doit faire la ligature de l'utérine, avant qu'elle ait donné ses branches vaginales et vagino-cervicales (qui naissent parfois assez près de l'origine de l'utérine), c'est-à-dire le plus loin possible de l'utérus.

La manière de faire la subtotale en ne laissant qu'un moignon le plus petit possible en rasant le col immédiatement au-dessus de l'insertion utérine du vagin, est donc anatomiquement mauvaise ; elle demande une hémostose plus laborieuse ; elle est donc moins rapide ; la ligature préalable de l'utérine près de son origine est même nécessaire.

La subtotale perd alors son avantage essentiel d'hémostase facile et de rapidité dans l'exécution.

On peut faire une autre déduction chirurgicale des rapports des utérines avec l'isthme. Parfois, le

croisement de l'utérine avec l'uretère se fait bas ; le rapport de l'utérine avec les flancs de l'isthme est plus étendu et plus intime, donc blessure possible de l'artère, au moment de la décollation.

Ce rapport est encore plus intime chez les multipares où l'artère est extrêmement sinueuse et où les sinuosités s'incrustent dans la substance de l'utérus. Pour éviter de blesser l'utérine dès le début de la décollation, on ne doit *jamais dépasser la zone ferme du tissu de l'isthme.*

On commence, au bistouri, jamais aux ciseaux, par enfoncer la pointe au centre de l'isthme et on coupe successivement à droite et à gauche, la paroi antérieure.

Une fois la cavité cervicale ouverte, on amarre avec deux pinces de Museux les lèvres de la tranche et on coupe la paroi postérieure.

La section ainsi conduite avec la seule préoccupation de ne pas dépasser la partie ferme de l'isthme, nous donne l'assurance que les utérines sont toujours respectées.

La libération complète de l'isthme est achevée par la traction sur le corps avec la pince et par l'index passé en crochet dans la boutonnière.

Les tractions qu'on exerce sur le corps de l'utérus ont pour effet de dérouler les artères utérines et leurs branches, et cela nous explique pourquoi dans la décollation, si on ne blesse pas les utérines dès le début de l'opération nous faisons l'ablation du bloc utéro-annexiel sans avoir eu une goutte de sang à

assécher, ce qui rend autrement facile et rapide l'hystérectomie subtotale.

C'est pour les mêmes motifs, de ne pas blesser les artérioles du col que nous rejetons le procédé des lambeaux ainsi que l'évidement cunéiforme du col après la subtotale, pour faciliter son occlusion. On peut toujours par deux ou trois points de catgut passés en pleine substance, obtenir l'oblitération absolue du col d'autant plus facilement que la cautérisation au thermo-cautère, agrandit sa cavité et diminue d'autant l'épaisseur de ses parois.

3° Sur les côtés de l'isthme et du corps de l'utérus, de grosses veines issues de l'épaisseur de l'organe se collectent, s'anastomosent, formant de chaque côtés d'importants plexus veineux.

En bas ces plexus s'anastomosent avec les veines vaginales, constituant ainsi le *plexus utéro-vaginal* qui est situé à son origine en dedans de l'uretère. Le plexus utérin se continue directement dans le plexus salpingien et ovarien en haut, et en dernière analyse est résumé par les veines tubo-ovariennes faisant partie du pédicule spermatique interne.

Le plexus utéro-vaginal est drainé par deux ou trois grosses veines *utérines* ou *utéro-vaginales* qui, par rapport à l'utérine et uretère sont, d'après Farabeuf, *antérieure, postérieure* et *externe*. Nous voulons simplement mentionner qu'à la constitution du pédicule vasculaire utérin prennent part de nombreux vaisseaux lymphatiques et des plexus nerveux.

C. — Le second pédicule vasculaire de l'utérus est constitué par les vaisseaux *spermatiques internes* ou *tubo-ovariens*. Il est formé par l'*artère spermatique interne* ou utéro-ovarienne qui naît sur la face antérieure de l'aorte abdominale, descend en croisant très obliquement les uretères, croise le détroit supérieur en passant sur l'iliaque primitive au niveau du point où celle-ci se bifurque en ses branches terminales ; elle va directement dans le bord libre du ligament large.

Arrivée dans le ligament large, elle abandonne des branches *collatérales péritonéales*, et une plus importante, *tubaire*, qui chemine le long du bord adhérent de la trompe pour s'anastomoser avec l'utérine au niveau de la corne de l'utérus.

Elle donne aussi une branche *ovarienne* qui longe le hile de l'organe et finit par s'anastomoser aussi avec l'utérus. Elle se termine enfin dans une branche anastomotique avec l'utérine constituant la plus inférieure des trois arcades.

Si la spermatique interne est surtout une *tubo-ovarienne*, elle peut pourtant donner aussi des vaisseaux nourriciers au fond de l'utérus et à ses cornes.

L'artère est entourée de veines plexiformes. Nous mentionnons pour mémoire qu'à la formation de ce pédicule prennent part aussi des *plexus nerveux* et des *lymphatiques*.

Dans l'hystérectomie abdominale avec ablation double des annexes, on fait la ligature de ce pédicule au niveau du détroit supérieur.

Le troisième pédicule vasculaire est constitué par les vaisseaux du ligament rond, ou *spermatiques externes*. A sa constitution prend part l'artère *spermatique externe*, branche de l'épigastrique ou de la circonflexe iliaque interne. Elle abandonne des rameaux aux éléments du ligament rond, au péritoine du ligament large, et s'anastomose avec une branche similaire de l'artère utérine.

Les *veines* des ligaments ronds s'anastomosent avec les plexus utérins d'une part, avec les veines de la paroi abdominale et des grandes lèvres d'autre part. *Les lymphatiques* se jettent dans les ganglions inguinaux.

Le pédicule du ligament rond contient aussi les nerfs *spermatiques externes*, *rameau génital* du *genito-crural* ainsi que des *filets sympathiques*.

D. — On peut grouper les moyens de fixation de l'utérus en :

1° *Principaux ;*

2° *Secondaires*.

Les premiers ont comme point d'attache la portion isthmique de l'utérus, rendant ainsi, cette partie de l'organe, la plus fixe.

Nous allons étudier en premier lieu les attaches principales qui sont :

1° Le vagin ;

2° Les aponévroses pubo-vésico-génito-sacrées ;

3° Les gaînes hypogastriques.

Ensuite les attaches secondaires :

1° Ligaments larges ;

2° Ligaments ronds.

Le vagin adhère au col utérin sur une surface de 5 millimètres en moyenne. A ce niveau il y a un véritable échange de fibres lisses entre les deux organes.

Cette insertion se fait dans un plan oblique en haut et en arrière ; d'où il résulte la division du col en trois portions :

1° *Susvaginale* plus haute en avant, où elle atteint 15 millimètres ; tandis qu'elle n'est que de 5-8 millimètres en arrière ;

2° *Portion vaginale ;*

3° *Portion intravaginale* ou museau de tanche.

Par l'intermédiaire du vagin, l'utérus est soutenu par le releveur de l'anus et le périnée : ce qui explique que les prolapsus vaginaux précèdent la chute de l'utérus, toutes les fois qu'il y a un effondrement du périnée.

Les *ligaments pubo-vésico-génito-sacrés* sont deux lames aponévrotiques et musculaires lisses, qui unissent l'isthme, le col et le dôme vaginal d'une part, à la face postérieure du corps du pubis, et d'autre part à la face antérieure du sacrum.

Ces formations résultent de la condensation de la la lame celluleuse sous-péritonéale ; elles ont une direction antéro-postérieure et dans le plan sagittal, une passant à droite, l'autre à gauche de la portion isthmique de l'utérus.

Le segment postérieur de ces aponévroses constitue les ligaments utéro-sacrés et utéro-lombaires.

Les *ligaments utéro-sacrés* naissent par trois faisceaux immédiatement en dedans des deuxième, troisième, quatrième trous sacrés, descendent obliquement vers l'isthme et le col utérin, occupant les sommets des replis semi-lunaires de Douglas. Arrivés à l'isthme ils se divisent en deux sortes de fibres :

1° Les unes passent directement en avant, après avoir adhéré au flanc respectif du col de l'utérus, et se continuent avec les ligaments vésico-utérins.

2° Les autres passent derrière l'isthme, s'entrecroisent avec ceux du côté opposé, et constituent là, à la face postérieure de l'isthme, un petit bourrelet transversal, c'est le ligament de *J.-L. Petit* ou *Torus uterinus* de *Krause*.

Les *ligaments utéro-lombaires* coexistent rarement avec les précédents.

Ils sont situés au-dessus et en dehors des précédents.

Partis des flancs de l'utérus, ils montent vers la cinquième lombaire. Comme les utéro-sacrés, ils constituent le bord supérieur des aponévroses sacro-génito-pubiennes.

Les *ligaments vésico-utérins* sont de deux ordres : 1° *latéraux*, droit et gauche, ils unissent les flancs de l'isthme et du col utérin au bas fond vésical. Ils sont la continuation des ligaments utéro-sacrés ; 2° *le médian*, composé de fibres musculaires lisses qui partent de la face antérieure de l'isthme et se perdent sur la face postérieure de la vessie. Ces fibres constituent le muscle *vésico-utérin* qui soulève en un pli

le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Les ligaments vésico-utérins latéraux limitent l'espace inter-cervico-vagino-vésical que nous avons déjà signalé.

Par l'intermédiaire des ligaments vésico-pubiens — segment le plus antérieur des aponévroses pubo-génito-sacrés — l'isthme est fixé à la face postérieure du pubis et de la symphyse.

Les *gaines hypogastriques* ou ligaments utéro-pelviens latéraux attachent l'isthme à la ceinture pelvienne, dans sa portion latérale. Ces gaines sont des dépendances du fascia pelvis, ou lame cache-vaisseaux qui est soulevée par l'artère utérine.

En effet, après sa naissance, l'utérine s'éloigne du plancher pelvien, pour arriver à l'isthme utérin par le plus court chemin, elle soulève ainsi le fascia en une gaine à deux versants ; *antérieur* mince, *postérieur*, bien mieux isolable, parce que plus dense. La gaine devient d'autant plus haute, qu'on se rapproche de l'utérus.

Elle contient du tissu cellulaire lâche, dans lequel cheminent l'artère utérine et ses branches, les veines vagino-vésico-utérines, des lymphatiques et des nerfs, enfin *l'uretère*.

Au niveau de l'isthme cette gaine se dédouble pour l'embrasser, ainsi que la partie sus-vaginale du col et le dôme vaginal. Elle s'unit avec celle du côté opposé constituant ainsi une sangle fibro-vasculo musculaire rattachant l'isthme, le col et le vagin, au pelvis : c'est le *ligament transverse du col de Mackenrodt.*

Ainsi attaché, le col, et surtout l'isthme, se trouvent dans un état d'équilibre, grâce à l'action antagoniste de ces ligaments. On discute sur l'importance relative de ces moyens de fixation ; pour *Farabeuf* et *Delbet* ce sont les ligament sagittaux pubo-vésico-génito-sacrés qui sont les plus puissants ; pour *Mackenradt*, *Rosthorn*, *Fredet* ce seraient les ligaments utéro-pelviens latéraux, et les faits cliniques plaident en faveur de cette dernière opinion. En effet, les tumeurs liquides ou solides, qui occupent soit le Douglas soit l'espace inter-vésico-utérin, immobilisent moins le col que les collections ou inflammations avec empâtement diffus des gaines hypogastriques ; l'explication est facile, en se basant sur les considérations d'ordre anatomique.

Supposons le cas d'une tumeur développée dans le Douglas. Plus elle devient grande, plus elle poussera l'utérus en *haut* et en *avant*. Or, dans ce mouvement ascensionnel, les ligaments utéro-sacrés deviennent horizontaux et, s'ils ne sont pas en état de relâchement, en tout cas ils ne sont *pas tendus*.

Par le fait que l'isthme se rapproche de la symphise les ligaments pubo-vésico-utérins sont à l'état de relâchement. Les gaines hypogastriques s'amincissent par le déplacement dû à la tumeur et par l'élévation de l'utérus leurs deux versants se rapprochent tout en gardant leur parfaite élasticité. Donc, par un toucher vaginal nous pourrions nous rendre compte de la présence et du volume de la tumeur douglasienne qui bombe dans le cul-de-sac vaginal posté-

rieur, en même temps nous apprécierons le degré de déplacement de l'utérus en avant et en haut, et sa parfaite mobilité, dans les limites où la tumeur le permet.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux tumeurs (solides ou liquides) se développant dans l'espace inter-vésico-utérin. (Avec cette remarque toutefois, que, dans la grande majorité des cas, ces tumeurs sont mobiles avec l'utérus.)

Supposons une tumeur se développant dans une des gaines hypogastriques (fibrome inclus par exemple).

Cette tumeur aménera, en premier lieu, la distension de la gaine, et déplacera l'utérus dans le sens opposé, ce qui entraîne forcément une tension exagérée dans tout le système ligamentaire de l'isthme, et, en conséquence, au toucher vaginal, cette sensation d'immobilité d'utérus, fixé, *emmuré*, sensation caractéristique aux tumeurs de la gaine hypogastrique.

Les attaches secondaires de l'utérus sont formées par :

1° Les ligaments larges ;

2° Les ligaments ronds.

Les ligaments larges sont deux replis conjonctivo-musculaires, tapissés par le péritoine, qui se détache de la paroi pelvienne latérale pour joindre les bords de l'utérus. Ces replis sont inclinés en bas, en arrière et un peu en dehors. On peut leur considérer : une *base* qui répond au plancher pelvien et

dans l'épaisseur de laquelle se trouve la gaine hypogastrique ; un *bord supérieur* ou *faîte* du ligament large, contenant les trompes ; un *bord interne*, utérin, épais, contient les plexus utérins veineux et le segment récurrent de l'artère ; un *bord externe*, pariétal, qui répond aux vaisseaux iliaques internes, s'insère sur la paroi pelvienne à 2 centimètres en arrière du diamètre transversal du détroit supérieur.

Sa *face antérieure*, qui est en même temps *inféro-externe* sur la femme en position debout, est soulevée par le ligament rond (qui la croise, obliquement en bas et en dehors) formant l'*aileron antérieur*.

Sa *face postérieure* est aussi soulevée par le ligament utéro-ovarien, et l'ovaire en un *aileron postérieur*. On y voit encore la saillie déterminée par les ligaments utéro-sacrés, formant les plis semi-lunaires de Douglas dont nous avons décrit la signification.

On peut considérer dans l'étude du ligament large trois portions : une partie basale, inférieure, contenant le pédicule vasculaire des *utérines ;* une partie centrale, presque avasculaire et peu épaisse, qui est traversée en écharpe par le ligament rond.

Enfin une partie supérieure répondant aux annexes utérines et au pédicule spermatique interne.

Donc, dans l'opération d'hystérectomie avec ablation double des annexes, par la méthode de l'hémostase préventive, on effondrera sans péril le ligament large dans sa zone centrale, pour placer une liga-

ture sur le pédicule tubo-ovarien en premier lieu, ensuite sur le pédicule du ligament rond. En dernier lieu, on dissociera les feuillets de la gaine hypogastrique et on isolera l'utérine dans l'extrémité externe de la gaine, le plus près de son origine.

Nous avons vu quel est le rôle de la gaine hypogastrique dans la statique du col et de l'isthme utérin. En ce qui concerne le rôle du segment supérieur des ligaments larges, comme moyen de fixation du corps de l'utérus, il est *nul*. En vérité, le corps utérin suit passivement les mouvements du col ; et les opinions qui veulent faire du ligament large un lien qui empêche l'*anté*, la *rétro*, ou la *latéro-déviation* utérine, sont purement théoriques et contraires à tout ce qu'on a appris depuis la pratique courante des laparotomies. Le corps utérin fait normalement avec le col un angle ouvert en avant et en bas. C'est l'*anté-flexion normale*. En même temps, l'organe en entier est chez la femme debout en *anté-version*. Immobilisé par sa portion isthmique et cervicale, l'utérus est maintenu dans cette *anté-version* et *anté-flexion* par son propre poids et sous l'influence de la pression abdominale. Nous avons vu comment il change de position suivant l'état de réplétion de la vessie et du rectum. Dans tous ces changements de position les ligaments larges n'entrent pas en action et nous ne nous expliquons guère des prolapsus utérins survenant à la suite de la castration bilatérale, sans affaiblissement du plancher uro-génital

qui est en dernière analyse le support de l'appareil vésical et génital de la femme.

Les *ligaments ronds* sont deux cordons qui naissent sur le versant antérieur des cornes utérines, se dirigent, en avant et en dehors, croisant la face antérieure des ligaments larges dont ils soulèvent le feuillet, en *ailerons*. Ils croisent le détroit supérieur et les vaisseaux iliaques externes, traversent la fosse iliaque, pénètrent dans le canal inguinal d'où ils sortent pour se fixer autour de l'orifice externe du canal, sur la symphyse pubienne et sur la fibreuse des grandes lèvres. Leur longueur varie de 12-15 centimètres.

Leur direction générale est curviligne. On les met bien en évidence en tirant sur l'utérus, en arrière et en bas, si la femme est en position de Trendelenburg.

Leur rôle comme moyens de fixité est très discutable ; si pour Sappey, Debierre, P. Delbet, les ligaments ronds ont surtout pour rôle de ramener l'utérus en anté-version après la miction, ce rôle est nié par Rieffel. Les suites éloignées des raccourcissements des ligaments ronds, ou des ligamento-pexies, pour rétro-flexion ou prolapsus utérins, nous démontrent que leur rôle dans la suspension de l'utérus est nul.

E. — Jusqu'ici nous avons vu les rapports de la portion isthmique de l'utérus, les organes étant *normaux* et dans une situation physiologique optima.

Nous allons aborder maintenant l'étude de ces

mêmes *rapports* dans les cas où on exerce sur l'utérus des tractions, comme si on voulait faire une hystérectomie abdominale, et ensuite, dans des cas pathologiques, où cette intervention est indiquée.

a) On met la femme en position de Trendelenburg. Après ouverture de la cavité péritonéale on mord avec une pince de Museux le fond de l'utérus, et on exerce des tractions fortes en bas et un peu en avant, dans l'axe de l'organe.

On constate alors des modifications très importantes dans la topographie des organes pelviens.

L'utérus étant attiré jusqu'au moment où *il ne vient plus*, il dépasse de beaucoup le plan du détroit supérieur et on peut facilement l'extérioriser. Cela est possible grâce à l'élasticité du vagin, et des ligaments isthmiques.

Les ligaments utéro-sacrés et pubo vésico-utérins, qui avaient, avant la traction, une direction oblique descendant de la ceinture pelvienne vers l'isthme, ont maintenant une direction horizontale, ou même oblique dans le sens inverse. La limite de l'extériorisation de l'utérus est déterminée par la tension maxima que tout cet appareil de suspension exerce sur l'isthme utérin. Ce qui frappe alors nos yeux c'est en premier lieu l'exagération de certains reliefs qu'on devinait à peine, sous la séreuse péritonéale, et l'apparition d'autres qui n'existaient pas avant la traction. Les bords supérieurs des ligaments larges sont obliques descendants du fond de l'utérus vers le détroit supérieur. Les méso-salpinx, méso-

ovariums sont bien évidents et les ligaments ronds soulèvent comme une corde le feuillet antérieur des ligaments larges. La séreuse du cul-de sac vésico-utérin se déroule, recouvrant la portion isthmique et pouvant facilement atteindre le cul-de-sac antérieur du dôme vaginal.

En arrière, on remarque, saillant fortement sous la séreuse de la face postérieure des ligaments larges et du compartiment rectal de la cavité pelvienne, les ligaments utéro-sacrés seuls, ou avec les utéro-lombaires, s'ils coexistent.

En même temps on se rend compte que la portion vagino-rectale du cul-de-sac de Douglas gagne en profondeur et cela est dû à ce que le cul-de-sac est fixé au fascia qui chez la femme, est l'homologue de l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers.

Si nous enlevons la séreuse péritonéale, afin d'étudier les rapports des uretères et artères utérines avec l'utérus dans sa nouvelle position, nous allons constater les modifications qui furent signalées par *P. Delbet* au Congrès de Chirurgie de 1896 et *J.-L. Faure* dans son livre sur la *Chirurgie des annexes* (1902).

Les artères utérines prennent, par leurs nombreuses branches, une adhérence interne à cet organe.

En tirant sur l'utérus nous allons forcément attirer les utérines qui glissent sur la face antérieure des uretères de bas en haut ; elles feront leurs *crosses* à un niveau plus proche de leur origine. Le croisement de l'artère utérine avec l'uretère sera d'autant plus

éloigné de l'utérus ; et son niveau ne sera plus dans le plan passant par l'orifice interne du col, mais bien plus bas ; et cela à cause des branches vésico-vaginales, qui fixent la crosse dans une certaine limite.

Les *uretères* sont fixées à la base de la vessie et, de ce fait, dans une immobilité à peu près complète, par les liens *pubo-vésicaux*.

Dans leur portion juxta-utérine, ils traversent un tissu cellulaire lâche grâce auquel ils peuvent glisser sous les utérines et sur le dôme vaginal.

Nous avons vu que la distance qui sépare généralement les uretères de l'isthme est de 15-20 millimètres. Cette distance devient encore plus grande si on exerce des tractions sur l'utérus. Dans ce cas, les uretères se mettent successivement en contact, pour les quitter ensuite, avec le col, le dôme vaginal, finalement ils restent en contact définitif avec la paroi antéro-latérale du vagin, à 3-4 centimètres au moins au-dessous du niveau de l'orifice externe du col. Ce fait explique la rareté des blessures des uretères dans les hystérectomies abdominales, et l'impossibilité de blesser les uretères dans les « subtotales » si on suit le plan ferme que nous offre la face antérieure de l'utérus dans la dissection du lambeau péritonéal antérieur et dans le décollement de la vessie.

Ces modifications dans la région isthmique, telles que nous venons de les décrire, ont une importance capitale dans la technique de l'hystérectomie abdo-

minale en général et de la subtotale, par la méthode de la décollation première en particulier.

En effet on est sûr d'aborder et de sectionner l'isthme sans crainte de blesser les uretères ni les artères utérines, si on exerce sur le corps de l'utérus de fortes tractions.

Cette section a comme résultat immédiat de séparer le corps de ses attaches principales qui se font au niveau de l'isthme. L'écartement du moignon cervical du corps amène un allongement des utérines qui déroulent leurs sinuosités à ce niveau, et alors l'extirpation du bloc utéro-annexiel est d'une simplicité et d'une rapidité extrêmes.

b). — Qu'est-ce que devient la région isthmique dans les lésions annexielles et dans les fibromes de l'utérus ?

1° Une première distinction s'impose, en ce qui concerne les fibromes. Il est évident que ces tumeurs, si elles ont leur siège sur le corps, ont moins d'influence pour apporter des modifications dans les rapports de la région isthmique que les fibromes de l'isthme même.

Les fibromes du corps, qui se développent sur le fond de l'organe, auront comme effet, dans les cas où augmentant de volume ils prennent un développement abdominal, d'attirer l'utérus hors de la cavité pelvienne, action semblable à celle que nous avons étudiée plus haut, quand nous exercions des tractions fortes sur la pince de Museux fixée au fond de l'utérus. Dans ces cas il y a en même temps un allon-

gement remarquable de la portion isthmique, condition extrêmement favorable pour la « décollation première ».

En ce qui concerne les modifications des rapports de la région isthmique, le lecteur peut se référer a ce que j'ai déjà dit plus haut.

Les fibromes *des parois du corps utérin* apportent des modifications dans la statique de l'organe. Ceux de la *paroi antérieure* renversent l'utérus qu'on sent dans le Douglas (au toucher vaginal, ou rectal). Tant que la tumeur est pelvienne, par son propre poids, elle fait *abaisser* l'organe ; donc les *rapports de l'isthme avec les uretères deviennent plus intimes*. Si la tumeur a grandi et a pris un développement abdominal, elle soulève la portion isthmique, augmentant encore davantage la rétroversion.

Les fibromes de la *paroi postérieure* du corps occupent le Douglas. Ils ont un développement pelvien : poussent l'utérus *en avant* et *en haut*. Si dans le cas précédent, il fallait exercer des tractions fortes sur l'utérus ou sur la tumeur, pour dégager l'isthme et pouvoir le sectionner sans crainte de blesser les uretères et les utérines, dans ce dernier cas, le fibrome par son développement se charge de rendre la région isthmique plus accessible ; c'est le cas idéal pour faire la décollation antérieure première.

Les *fibromes des ligaments larges* amènent une latéro-déviation du côté opposé, si le fibrome est unilatéral. Ils nous intéressent peu, car ce sont ces

cas où l'hystérectomie par la méthode de section continue transversale est l'opération de choix.

Les fibromes de *l'isthme* sont ceux qui amènent le plus de modifications dans les rapports de la région qui nous intéresse.

Les fibromes de la face antérieure de l'isthme écartent la vessie (qui est poussée contre la symphyse) de l'utérus qui est repoussé en arrière. Les uretères sont en rapport immédiat avec la tumeur.

Les fibromes de la face postérieure de l'isthme sont enclavés dans le Douglas et apportent par leur développement les mêmes modifications que nous avons vues à l'étude des fibromes de la face postérieure du corps.

Les fibromes des faces *latérales* de l'isthme sont inclus dans la gaine hypogastrique. Ils dissocient les deux feuillets de cette gaine, écartent, ensuite compriment contre la paroi pelvienne les uretères, ce qui explique les troubles urinaires graves chez les femmes ayant des fibromes enclavés dans le pelvis et surtout inclus dans la gaine hypogastrique.

2° Les mêmes considérations anatomiques sont à faire si au lieu de tumeur dure, comme les fibromes, le petit bassin est le siège d'une tumeur *liquide* (kystes, suppuration annexielle, hématocèle).

De tout ceci on peut conclure :

Avant d'entreprendre une hystérectomie abdomi-

nale, il faut étudier attentivement la topographie des organes pelviens, topographie souvent méconnaissable.

Si la recherche de l'*utérus*, de sa position, volume etc. est, en définitif, peu importante dans les cas où on veut faire la *castration totale* par la méthode de l'hémostase *première*, cette recherche est indispensable si on veut faire une hystérectomie *subtotale* par *l'attaque première de l'isthme*.

Dans les annexites surtout, on reste pendant un bon moment à regarder une cavité pelvienne remplie de tumeurs et d'adhérences, au milieu desquelles l'utérus est caché ou rendu méconnaissable. Dans de pareils cas, après avoir bien limité et bien éclairé le champ opérataire, on cherchera, avec beaucoup de prudence, le point qui nous donne la sensation de dureté spéciale du fond de l'utérus, sur lequel on placera la pince de Museux, une traction exercée ensuite, sur l'utérus, nous permettra de nous rendre compte du degré de mobilité de l'organe, de sa situation, et en même temps nous facilitera la découverte des pédicules tubo-ovarien et des ligaments ronds, c'est la seule manière de mener à bonne fin et d'une façon réglée, même dans les cas où les lésions ont défiguré au maximum la topographie d'un petit bassin normal, une opération qui conduite autrement devient d'une difficulté et d'une gravité extrêmes.

CHAPITRE II

Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure

A. — Je n'insisterai pas sur la façon :

1° Dont on stérilise les instruments, fils, objets de pansements.

2° Dont on prépare la malade (bain, purgatif, nettoyage de la paroi abdominale et du vagin, avant l'opération).

3° Sur la manière dont le chirurgien et ses aides obtiennent l'asepsie des mains.

Aujourd'hui la presque unanimité des chirurgiens opèrent d'après les règles de l'asepsie pure et toutes les solutions antiseptiques qui encombraient jadis les salles d'opérations ont laissé la place à l'eau ou au sérum physiologique stérilisés.

Dans le service de mon maître Ricard, *l'alcool* est employé pour nettoyer en dernier lieu les mains et la paroi abdominale.

B. — Nous employons comme anesthésique général le *chloroforme* administré avec l'appareil Ricard

qui est d'un maniement si facile. On obtient ainsi avec une absorption minima de chloroforme, en un temps rapide, une anesthésie profonde et un sommeil régulier. Je ne citerai que pour mémoire les tentatives faites d'anesthésie médullaire dans la pratique de l'hystérectomie.

Tous ces soins pré-opératoires sont employés d'une façon courante par tous les chirurgiens, avec des variantes insignifiantes.

C. — Les instruments nécessaires pour faire une hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure sont :

1° Deux bistouris de dimension moyenne ;

2° Deux pinces à disséquer ;

3° Une douzaine de pinces de Péan et de Kocher ;

4° Un écarteur abdominal. Nous préférons l'écarteur *trivalve Ricard*, présenté à la Société de Chirurgie le 28 octobre 1903, d'une fixité et d'une solidité remarquables et ayant le grand avantage de rester en son entier dans le champ opératoire ;

5° Deux paires de ciseaux, droits et courbes ;

6° Deux pinces longues de Kocher, pour les utérines ;

7° Quatre pinces de Museux à quatre dents, dont une à mors courbes ;

8° Deux pinces-clamps courbes à manches longs ;

9° Un tire-bouchon ;

10° Une aiguille Doyen ;

11° Une aiguille courbe à pédale exceptionnelle-

ment puissante (modèle Ricard chez *Guyot*) pour la péritonisation ;

12° Du *catgut* numéro 2 pour les ligatures des utérines et des autres vaisseaux ;

13° Du fil de bronze et des *crins* de Florence pour la paroi.

On préparera enfin un thermocautère Paquelin.

D. — La malade anesthésiée est apportée sur une table d'opération qui nous permette une inclinaison d'au moins 45 degrés.

Des deux côtés de la malade, on place des petites tables portant les plateaux d'instruments, les boîtes à compresses et à champs de grandeurs variables, des cuvettes renfermant de l'eau stérilisée.

Un aide lave soigneusement au savon et à l'eau stérilisée la paroi abdominale et le pubis préalablement rasé — à la brosse — en déplissant l'ombilic avec une pince de Kocher. Après ce savonnage qui doit durer au moins cinq minutes ; on enlève la mousse avec des compresses et on frotte à l'alcool qui déshydrate la peau, ensuite à l'éther, pour enlever les substances grasses, enfin on passe une dernière fois à l'alcool à 90 degrés.

L'aide doit ensuite nettoyer la vulve et le vagin, après avoir préalablement sondé la vessie. Ce nettoyage est fait avec des compresses et du savon, en ayant soin de distendre tous les plis et les culs-de-sac vaginaux. On termine en faisant une grande injection vaginale à l'eau stérilisée.

L'aide principal limite le champ opératoire en plaçant une grande compresse en toile trouée sur le milieu (le trou répondant à la ligne blanche dans sa portion suspubienne).

La boîte à instruments est ouverte, et l'opérateur passe à son aide quelques pinces de Kocher et de Péan, une paire de ciseaux, les fils de bronze.

Généralement, dans la pratique de l'hystérectomie abdominale l'opérateur se place à *gauche* de la malade. Mon maître Ricard préfère toujours être à *droite* quand il s'agit de faire une *décollation antérieure*. En effet, se placer à droite de la malade pour faire la décollation antérieure a son importance : dans cette position, la main droite est la plus proche du pubis, ceci est extrêmement favorable pour que la section de l'isthme soit faite dans un plan exactement transversal à l'axe de l'utérus. Cette position a encore l'avantage de permettre, après la section de l'isthme, d'introduire l'*index droit* dans la brèche utérine et d'achever par des tractions intelligentes la libération du corps utérin. C'est enfin à la main droite, plus habile, qu'incombe le plus délicat des temps opératoires, le décollement des annexes adhérant dans le Douglas, ou bien le désenclavement des fibromes du ligament large.

Pour tous ces motifs je crois que pour les chirurgiens *droitiers*, se placer à droite de la malade est une condition de plus grande facilité opératoire, et une garantie contre des accidents dus à une maladresse. Les mêmes considerations s'appliquent aux

chirurgiens *gauchers* qui trouveront leur avantage en se plaçant à gauche de la malade.

E. — L'opération de l'hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure se fait en huit temps.

Premier temps. — *Laparotomie médiane suspubienne.* — On place la malade en plan incliné et l'opérateur incise la paroi abdominale antérieure sur la ligne médiane, sur une étendue de *15 centimètres* en moyenne, en commençant de haut en bas et jusqu'à la symphyse. Habituellement, on se contente d'une incision qui ne touche pas l'ombilic, mais dans les cas où on a affaire à de grosses tumeurs de l'utérus (fibrome), ou chez les femmes extrêmement grasses, qui ont une paroi très épaisse, on prolongera la plaie abdominale en haut, en passant à gauche de l'ombilic.

Cette incision de la paroi doit être faite plan par plan, et nous n'avons rien à ajouter qui ne soit déjà connu, et d'une pratique courante, dans l'exécution de ce temps opératoire.

Deuxième temps. — *Manœuvres intra-abdominales préliminaires.* — L'abdomen ouvert, on place l'écarteur abdominal, on écarte ses branches au maximum, on fixe la valve suspubienne en ayant soin de prendre aussi la vessie et ainsi calé l'écarteur ne bougera plus jusqu'à la fin de l'opération.

On refoule en bas le grand épiploon, les anses grêles, l'anse oméga avec de petits champs de toile

et on isole la grande cavité péritonéale de la cavité pelvienne par un vrai bourrage.

On limite ainsi le champ d'investigations ; l'ouverture d'une collection au cours des manœuvres opératoires ne pourra pas dépasser les limites strictes que nous lui avons assignées.

On a libre accès sur les organes pelviens, et chaque acte opératoire doit être conduit sous le contrôle de la vue.

Ce n'est qu'à ce prix qu'on prendra une décision rapide sur la manière dont on attaquera l'utérus et les annexes.

Ceci fait, on jette un coup d'œil rapide sur la topographie générale des organes pelviens et sur les modifications que les lésions annexielles ou utérines y ont apportées.

En premier lieu, on cherche à se rendre compte de la situation, direction, volume de l'utérus et de ses rapports avec les annexes.

L'utérus reconnu, on en repère le fond avec une pince de Museux et on examine le cul-de-sac de Douglas.

Troisième temps. — *Attaque première de l'utérus par décollation antérieure.* — *a*) De la main gauche, on exerce des tractions fortes sur la pince utérine, en bas et un peu en avant, dans l'axe de l'organe.

On place une deuxième pince de Museux à mors courbes, sur la face antérieure de l'utérus immédiatement au-dessus de l'isthme et on tire fortement sur cette dernière pince.

b) Avec le bistouri on trace une incision transversale qui entame les feuillets antérieurs des deux ligaments larges ; cette incision du péritoine doit être faite dans la zone décollable de la séreuse.

Avec les ciseaux fermés ou avec une compresse on décolle le lambeau péritonéal et la vessie pour découvrir la face antérieure de l'isthme.

Après s'être assuré qu'on est sur l'isthme, avec le *bistouri*, on entame sa section, en enfonçant la pointe sur le milieu de la face antérieure (fig. 1).

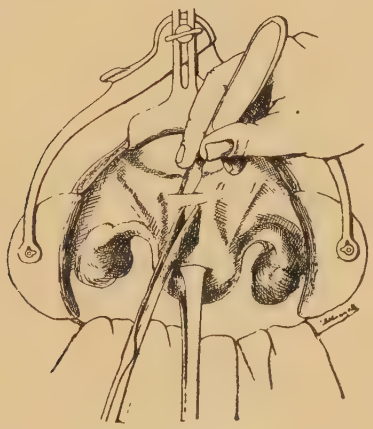

Fig. 1

On coupe ainsi par des incisions successives, couche par couche, toute la paroi antérieure de l'isthme avec beaucoup d'attention, pour ne pas dépasser les limites de la zone ferme de la région, afin de ne pas blesser dès le début de l'opération les artères utérines.

On prend la précaution de conduire cette section

dans un plan parfaitement transversal sur l'axe de l'isthme.

Une fois la cavité cervicale ouverte, on amarre avec une pince de Museux la lèvre supérieure (cervicale) de la tranche utérine qu'on confie à l'aide, et on continue comme plus haut et avec les mêmes précautions la section de la paroi postérieure de l'isthme.

Fig. 2

La section de l'isthme une fois faite, on constate un écartement du moignon utérin d'autant plus remarquable qu'on tire plus fortement sur la pince placée sur la face antérieure du corps. L'écartement n'est pas complet, car il reste encore une zone de tissu cellulo-musculaire non sectionnée autour des

utérines, et dont nous allons achever la section par le passage de l'index dans la brèche utérine.

Il faut éviter les tractions immodérées sur le corps utérin, car elles peuvent avoir comme résultat fâcheux la blessure des utérines dont l'élongation a dépassé les limites permises.

Quatrième temps. — *Hémostase provisoire des pédicules utéro-annexiels.* —L'index droit en crochet est introduit dans la brèche utérine, ce qui achève la séparation du moignon utérin, du corps. Dès ce moment l'utérus ne tient plus que par ses ligaments larges qu'on pédiculise facilement (fig. 2).

On commence par mettre une pince de Kocher sur le pédicule spermatique interne gauche en dehors du pavillon de trompe, et on coupe aux ciseaux ce pédicule. Ensuite on fait la même manœuvre pour

Fig. 3

le ligament rond, et, après la section et l'écartement

des deux feuillets du ligament large, on découvre sur l'index qu'on tient pendant tout ce temps dans la brèche utérine l'artère utérine gauche, sur laquelle on met une pince *longuette* et on la sectionne aux ciseaux (fig. 3).

L'utérus ne tient plus alors que par son ligament large droit. On peut traiter ce ligament de deux façons : 1° soit à la manière de Kelly ; on renverse l'utérus vers la droite et on découvre l'artère utérine droite sur le flanc de l'isthme qu'on prend dans une pince longuette. On coupe le pédicule utérin et on place une pince de Kocher sur le ligament rond droit ; enfin une troisième pince sur le pédicule tubo-ovarien qu'on coupe : l'ablation utéro-annexielle est achevée.

2° On peut traiter le ligament large droit de la même manière que nous avons traité le gauche, c'est-à-dire après une hémostase provisoire, on coupe ce ligament en commençant par le pédicule tubo-ovarien et en finissant par l'artère utérine.

Cinquième temps. — *Traitement du moignon cervical.* — Une fois le bloc utéro-annexiel extirpé on attire avec la pince de Museux le moignon vers la plaie abdominale et on cautérise fortement sa cavité avec le thermocautère (d'après certains cette cautérisation est inutile) ; ensuite soit avec l'aiguille courbe à pédale, soit avec l'aiguille de Doyen, on place trois points de catgut n° 2, séparés, en traversant les parois antérieure et postérieure du moignon cervical en fermant sa cavité.

Sixième temps. — *Hémostase définitive.* — On remplace les six pinces des pédicules vasculaires par six ligatures au catgut n° 2. On place ces ligatures directement sur les utérines, ou, pour être sûr que la ligature ne glissera pas, on peut, avec l'aiguille Doyen, prendre les tissus voisins.

Septième temps. — *Péritonisation du moignon cervical et réfection du péritoine pelvien.* — Dans les cas de fibrome du corps sans adhérences ainsi que dans les salpingites non adhérentes, ce temps opératoire est très facile. En effet, on rabat simplement le lambeau antérieur péritonéal, sur le moignon en le fixant au péritoine de la lèvre postérieure de la tranche cervicale. Cette suture, on la fait soit par des points séparés de catgut, en plaçant les premiers sur le milieu du lambeau, soit par un surjet, qui débute à l'extrémité gauche de ce qui reste du ligament large gauche (en ayant soin de cacher dans la suture les moignons des pédicule tubo-ovarien et du ligament rond).

Après avoir suturé ainsi la brèche du ligament large gauche, on recouvre le moignon cervical et on finit par suturer les feuillets du ligament large droit.

Cette suture faite, on voit dans le petit bassin, à la place de l'utérus et de ses annexes, une crête courbe à concavité en haut et en avant, formée par la réunion du lambeau antérieur vésical, avec celui du cul-de-sac de Douglas.

Huitième temps. — *Réfection de la paroi abdo-*

minale. — On nettoie avec soin la cavité pelvienne. On retire les champs qui empêchaient les anses intestinales d'envahir le champ opératoire. On rabat l'anse oméga, on étalle le grand épiploon par-dessus les anses, et on va procéder à la suture de la plaie abdominale.

Pour la réfection de la paroi, mon maître Ricard emploie toujours la suture en un *seul plan* au fil de bronze. Pour une incision de longueur moyenne six points suffisent. On enfonce l'aiguille Doyen à *1 centimètre* à peu près du bord libre de la plaie, et on incline l'aiguille de telle façon qu'elle prenne beaucoup plus de tissu sous-cutané, de muscle et de péritoine, que de peau. On fait la même chose, en sens inverse, avec l'autre lèvre de la plaie, et on fait donc sortir l'aiguille à *1 centimètre* du bord libre de la plaie. L'aide charge l'aiguille avec un fil de bronze que l'opérateur tire avec beaucoup d'attention — sur ses doigts placés dans le ventre — pour éviter la blessure de l'intestin. Une pratique très bonne consiste à recouvrir les viscères d'une compresse, avant de commencer la suture de la paroi.

Une fois le fil de bronze en place on prend ses deux points dans une pince de Péan et on procède de la même façon pour le deuxième point ainsi de suite.

Tout les fils étant en place, l'opérateur, avec deux pinces anatomiques affronte les deux lèvres cutanées, tandis que l'aide serre les fils par un mouvement de simple enroulement de l'une des extrémités

autour de l'autre. On les coupe ensuite en laissant des bouts d'une longueur de 2 à 3 centimètres.

Presque toujours, il est nécessaire de placer deux points complémentaires au crin ou au catgut aux extrémités de la plaie.

On remet la malade en position horizontale, on nettoie la plaie et la peau d'alentour à l'alcool, et on la recouvre de compresses stériles de telle façon que les bouts des fils de bronze ne puissent pas traumatiser la peau.

Il reste à placer au-dessus une bonne quantité de coton stérilisé et on finit en serrant le pansement dans un bandage de corps.

E. — Nous n'insisterons pas sur les *soins post-opératoires* qui sont à peu près les mêmes dans tous les services.

Dans les cas ordinaires, où l'opération a été bien conduite, sans une faute d'asepsie, les suites sont excessivement simples. Pendant la journée de l'opération, on administre 500 à 1.000 grammes de sérum artificiel ; le soir, une injection de morphine est nécessaire pour calmer la malade.

En ce qui concerne l'alimentation, on institue le jeûne absolu le jour même de l'opération et ce n'est que le lendemain qu'on permettra une gorgée d'eau pure, ou coupée avec de l'eau de Vichy ou un peu de cognac ou de champagne.

La durée du jeûne sera subordonnée à la fréquence des vomissements.

Les premiers jours on doit sonder la vessie, car après les laparotomies en général on voit survenir des parésies vésicales.

Ces sondages doivent être faits avec les plus grandes précautions d'asepsie.

Le troisième ou le quatrième jour, on administre un lavement léger à la glycérine.

Ce n'est que le quatrième ou le sixième jour qu'on permettra une alimentation liquide, bouillon, œufs, lait, et de plus en plus consistante par la suite.

Tant que la courbe thermique oscille dans les limites normales, on ne doit pas toucher au pansement.

On le défait pour la première fois le dixième jour, quand on retire les fils en bronze. On lave la plaie à l'alcool pour enlever le sang et les sécrétions sur le trajet de la cicatrice. Ensuite avec une pince Kocher on tire légèrement sur les bouts des fils, tandis qu'avec des ciseaux, on les coupe au ras de la peau. Il reste à les retirer doucement.

Après avoir retiré tous les fils, on nettoie encore à l'alcool, et on touche les points de suture et le trajet de la cicatrice à la teinture d'iode et on la recouvre d'un pansement aseptique.

Si tout va bien, pendant le séjour à l'hôpital, on ne fait que deux ou trois pansements, à la malade hystérectomisée ; elle se lève pour la première fois du vingt et unième au vingt-cinquième jour.

Telle est la technique opératoire que mon maître *Ricard* suit dans la pratique de l'hystérectomie subtotale par la décollation antérieure.

CHAPITRE III

Remarque sur les différents temps de la technique opératoire de la « décollation antérieure » dans les cas spéciaux.

Dans le chapitre précédent, nous avons conduit l'opération sur un cas idéal, où le manque d'adhérences, le peu d'étendue des lésions, etc., etc., rendaient les manœuvres extrêmement faciles et très réglées.

En clinique ces cas sont des exceptions ; ayant bien en main l'opération *typique*, telle que nous venons de la décrire, on doit savoir pallier à toutes les difficultés.

A. — *Remarques sur la technique de la décollation antérieure dans le fibrome utérin*

Premier temps. — L'incision de la paroi abdominale doit être faite prudemment dans les cas de fibrome à évolution abdominale, car la vessie est poussée en avant et en haut contre la symphyse

et la paroi abdominale. Il faut redouter sa blessure, complication assez sérieuse.

Deuxième temps. — Le péritoine ouvert, on se rendra compte du volume de la tumeur. Si le fibrome est petit, ou moyen, une incision suspubienne suffit largement pour l'extraire. Au contraire, dans les gros fibromes, on doit agrandir la plaie, ce qu'on fait, avec les ciseaux, en passant à gauche de l'ombilic.

Après avoir mis en place l'écarteur abdominal et refoulé les anses on apprécie le degré de mobilité de la tumeur.

Dans le cas où il y a des adhérences fixant l'utérus fibromateux à l'intestin grêle, au côlon pelvien, au grand épiploon, il faut avec précaution les rompre.

Les petits fibromes peuvent être facilement extériorisés avec des pinces de Museux mais pour les fibromes moyens et gros on remplacera avec avantage la pince par le tire-bouchon, qu'on enfonce en pleine tumeur.

3° Troisième temps. — Pour attaquer l'isthme par devant, il faut s'assurer que la vessie est bien décollée. Parfois, dans les fibromes de la face antérieure de l'utérus, il y a des adhérences très fortes avec la vessie et des chururgiens éminents ont ouvert la vessie au moment de la décollation. (*Quénu*. Congrès de chirurgie de 1899.)

Pour éviter cette blessure il ne faut jamais quit-

ter dans le décollement de la vessie le plan *dur* que nous offrent le corps utérin ou la tumeur.

Après la section de l'isthme on doit prendre encore les mêmes précautions pour éviter la blessure du rectum s'il y a des adhérences postérieures (au moment où, avec l'index et le médius, on cherche à ramener de bas en haut la tumeur et à pédiculiser les ligaments larges).

Pour rendre mobilisable l'utérus et plus accessible l'isthme on peut obtenir de bons résultats en pratiquant l'énucléation de certains myomes.

L'isthme étant abordé, on le coupe de la façon que nous avons décrite plus haut.

4° Quatrième temps. — Surtout dans les fibromes para-isthmiques les artères utérines peuvent être blessées dès le début de l'opération, au moment de la section de l'isthme.

Dans ces cas l'ablation utéro-annexielle est retardée du temps nécessaire pour arrêter l'hémorragie par des pinces.

Les autres temps opératoires s'exécutent de la façon décrite.

Quand doit-on drainer ? C'est une question de la plus haute importance au point de vue des suites opératoires.

En règle générale, le volume du fibrome n'est pour rien dans les indications du drainage. Une hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure, pour fibrome même très

volumineux, sans adhérences, conduite dans des conditions rigoureusement aseptiques, doit guérir par première intention sans drainage.

On drainera seulement :

1° Si on n'est pas sûr de l'asepsie ;

2° Si après déchirure des adhérences et décollement de la tumeur, il reste une large surface cruentée ;

3° Si dans les conditions exposées plus haut, on a entamé la musculature du rectum ;

4° Si une collection salpingienne coexistant avec le fibrome a crevé au cours des manipulations opératoires.

Dans ces cas, un gros drain en caoutchouc placé dans le Douglas et qu'on fait sortir par l'extrémité inférieure de la plaie abdominale est largement suffisant pour parer à tous les accidents.

Le lendemain de l'opération on fait de l'aspiration à travers le drain et si on retire un peu de sérosité claire ou de sang pur, on peut le retirer, mais si on constate une élévation thermique, on doit le laisser en place et les jours suivants l'aspiration met au jour de la sérosité louche ou séro-purulente.

On observera la même règle de conduite tant que du pus se montrera et que la fièvre durera.

De temps à autre on retirera le drain et on le remplacera par un drain de même calibre ou plus petit. La suppression se fera quand tout sera rentré en ordre.

Dans le fibrome, le drainage *cervical* ou *cervico-vaginal* est inutile.

B. — *Remarques sur la technique opératoire de la « décollation antérieure » dans les lésions annexielles*

Premier temps. — Ordinairement la laparotomie suspubienne suffit pour la castration abdominale dans les lésions annexielles, et la longueur de l'incision de la paroi abdominale sera subordonnée aux difficultés d'aborder l'utérus (à cause de la profondeur du bassin, ou des adhérences qui rendent très difficiles les manœuvres intra-abdominales).

Deuxième temps. — Il doit être conduit avec beaucoup de prudence, dans les cas de poches salpingiennes énormes, qui débordent le détroit supérieur.

Une fois l'écarteur en place, avec beaucoup de douceur, on repoussera les anses grêles et le grand épiploon qui souvent adhèrent aux annexes enflammées et on limitera avec de larges compresses la cavité pelvienne de la grande cavité péritonéale. Ayant bien mis en évidence le petit bassin, on étudiera avec attention la situation des annexes par rapport à l'utérus. On se rendra compte de leur adhérence au rectum, de la pédiculisation possible ou non, avant d'aborder la section de l'isthme.

Une pince est placée sur le fond de l'utérus, et en

exerçant des tractions légères, on peut voir se dessiner très nettement la direction du pédicule tubo-ovarien et des ligaments ronds, là où rien avant cette manœuvre ne faisait prévoir leur existence.

Habituellement, les annexes malades tombent dans le Douglas et y sont libres ou adhérentes au rectum. Dans le premier cas rien de plus simple pour faire la décollation.

En effet le chemin vers l'isthme est libre soit par devant soit par le Douglas.

Dans le deuxième cas, le décollage des annexes est rendu extrêmement facile, après la section *antérieure* de l'isthme, en abordant les annexes par leur pôle inférieur.

Dans l'exécution des troisième et quatrième temps je n'ai rien à ajouter qui ne soit pas déjà dit ainsi que sur le traitement du moignon du col.

En ce qui concerne la *péritonisation* du petit bassin, je dirai que dans les cas où les annexes sont libres celle-ci se fait de la même façon et avec la même facilité que dans les cas de « subtotale » pour fibrome.

Quand les adhérences fixent l'utérus et les annexes au rectum et aux parois pelviennes, leur extirpation a amené nécessairement l'enlèvement du feuillet péritonéal, et alors la réfection du péritoine pelvien est impossible sans emprunter de séreuse aux régions voisines. Parfois on arrive à ce

résultat en découpant des lambeaux de la séreuse des fosses iliaques.

Mais une pratique qui est toujours possible c'est de se servir du méso-côlon iléo-pelvien dont le bord viscéral est suturé au lambeau péritonéal vésical. On fait de cette façon un vrai *cloisonnement haut* de la cavité pelvienne isolant la surface cruentée du reste de la cavité péritonéale.

Si dans le fibrome le drainage doit être exceptionnel, dans les hystérectomies abdominales subtotales pour annexites suppurées il est *presque* la règle.

(Je dis presque car on peut rarement s'en priver, comme par exemple dans les annexites anciennes refroidies, ou ovarites scléro-kystiques non adhérentes.)

Le drainage sera abdominal s'il s'agit de drainer une cavité pelvienne qu'on n'ose fermer, soit à cause du manque d'asepsie par l'ouverture d'une annexe au cours des manœuvres opératoires soit à cause d'un saignement en nappe impossible à arrêter.

Le drainage sera en même temps abdominal et vaginal ; dans les cas où on a dû faire le cloisonnement haut du pelvis le compartiment supérieur du bassin sera drainé par en haut par un drain qui sortira de l'angle inférieur de la plaie abdominale, et on drainera le compartiment inférieur par le vagin.

Pour arriver à cette fin nous disposons de plusieurs procédés.

1° On peut, après agrandissement de la cavité cer-

vicale par le thermocautère, ou, en pratiquant l'évidement du col au bistouri, placer un drain qu'on fait sortir du vagin, d'une longueur de 2-3 centimètres.

D'autre part, l'extrémité pelvienne du drain doit dépasser de 2 centimètres la section du col.

2° Parfois, cela est impossible à faire à cause du petit volume du col, alors on pratique le drainage à la manière de *Vanverts*. (Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Rouen, 1904.)

Avec deux pinces de Museux fixées aux flancs du moignon cervical, on attire le col vers la plaie abdominale.

Au bistouri on coupe sur le milieu la paroi postérieure du col et on ouvre du même coup le cul-de-sac vaginal postérieur. A travers cette brèche cervico-vaginale on fait passer un gros drain dans les mêmes conditions que nous venons d'indiquer.

Ce procédé, que j'ai vu appliquer maintes fois, a un gros désavantage, celui d'occasionner une hémorragie parfois sérieuse de la tranche vaginale, et cela s'explique par ce que j'ai dit sur la disposition des artères cervico-vaginales, qu'on blesse forcément.

Pour parer à cet accident, on doit faire un surjet hémostatique au catgut sur la tranche vagino-utérine, chose qui est assez difficile à pratiquer.

3° Enfin on peut faire encore le drainage vaginal, en traversant, à la manière de *Routtier*, le cul-de-sac vaginal postérieur, au fond du Douglas, sans toucher au

col. C'est le plus rationnel, car il est placé dans le point le plus déclive du pelvis, mais là encore je ferai les mêmes remarques que je viens de faire à l'occasion du drainage cervico-vaginal.

Le drain mis en place on doit le fixer à la tranche cervicale avec un fil de catgut.

On se comportera pour le drain abdominal de la façon que nous avons indiquée, mais en ce qui concerne le drain vaginal il restera en place jusqu'à ce qu'il tombe tout seul par la résorption du fil de catgut.

Le drain vaginal est entouré de compresses stérilisées. Le lendemain on retire les compresses qui sont imbibées de sang et si les jours suivants elles sont infiltrées de séro-pus, on doit nettoyer le vagin et faire par le drain des injections de sérum ou d'eau oxygénée.

C. — *Sur l'appendicectomie au cours de l'hystérectomie subtotale*

Aujourd'hui l'accord est fait sur l'innocuité de l'ablation de l'appendice cæcal au cours d'une laparotomie pour lésions utéro-annexielles mais tous les chirurgiens ne font pas encore cette ablation d'une façon systématique dans toutes les laparotomies. La question se pose de savoir si cette opération est *justifiable*.

En nous rapportant à la statistique de *Reuben*

Peterson (*American Journal of obstetric*, 1904) nous voyons qu'il trouve chez 50 o/o des femmes laparotomisées pour fibrome utérin, l'existence de lésions nettes d'appendicite.

Le même chiffre de 50 o/o se trouve dans les laparotomies pour lésions annexielles chroniques.

Tous les chirurgiens ont vu au cours d'une laparotomie pour l'extirpation d'un utérus fibromateux ou pour lésions annexielles, des appendices malades, mais très souvent, il est extrêmement difficile de savoir, d'après l'aspect extérieur, si l'appendice est sain ou non. *Peterson* tire de sa statistique des conclusions édifiantes à ce point de vue. Ainsi pour lui l'appendice est malade dans plus de la moitié des cas où il le trouve adhérent.

D'autre part, les déformations extérieures de l'organe et la présence des matières fécales durcies ne prouvent pas que l'appendice soit malade. Vu la difficulté de faire le choix entre les cas sains et morbides, on doit conclure à l'ablation systématique de tout appendice au cours d'une laparotomie en général et spécialement pour les lésions utéro-annexielles.

Routtier et *Lejars* (Soc. de Chir., séance du 27 janvier 1904) sont de cette opinion, et pratiquent systématiquement l'ablation de l'appendice toutes les fois qu'ils ouvrent la cavité péritonéale.

Ricard, sans être partisan de l'ablation à outrance, enlève pourtant l'appendice toutes les fois qu'il le trouve dans le champ opératoire.

C'est après avoir fait la péritonisation du bassin qu'on enlévera l'appendice. Sa recherche est généralement facile à la suite de la laparotomie médiane. On va directement dans la fosse iliaque droite, à la recherche du cæcum qu'on amène dans le champ. Il faut parfois remettre la malade dans le plan horizontal, ou enlever l'écarteur abdominal pour avoir en main l'appendice qu'on extirpe,après avoir placé une ligature sur son méso, et à sa base, ligature au catgut. On le coupe ensuite avec le thermocautère ; avant d'abandonner le cæcum on a soin de détruire avec la pointe du thermo-cautère toute la muqueuse du moignon appendiculaire.

Comme plus grande garantie contre les accidents septiques, on peut enfoncer le moignon sous la séreuse cæcale, qu'on ramasse par dessus par une suture en bourse, ou à la manière de Walther, sous le repli mésentérico-cæcal.

Somme toute la technique est celle des appendicectomies ordinaires.

D. — *Nouvelle manière de faire la suture continue des lambeaux péritonéaux après hystérectomie abdominale, avec l'aiguille Doyen.*

Tous les chirurgiens connaissent les difficultés à faire la suture continue du péritoine au fond d'un bassin qu'on vient d'évider.

Pour faire le surjet péritonéal, on emploie soit

les *aiguilles courbes* montées d'un fil de catgut ; soit *l'aiguille courbe à pédale*, soit l'*aiguille Doyen.* Pour un motif ou un autre les chirurgiens mettent souvent un temps beaucoup plus long pour faire la réunion des lambeaux péritonéaux que dans l'exécution de l'hystérectomie même.

Les *aiguilles courbes montées* sont difficilement maniables au bout d'une pince porte-aiguille dirigée par une main extra-adbominale.

Souvent elles s'échappent de la pince, ou tournent dans la pince même ; si on les serre plus fort elles cassent facilement ce qui énerve l'opérateur qui fait appel à une aiguille à pédale ou de Doyen.

Mais *l'aiguille à pédale* tout en facilitant dans une large mesure la besogne, présente encore des inconvénients que tout chirurgien a rencontrés au cours d'une hystérectomie.

L'aiguille à pédale par sa constitution même se fausse facilement, elle demande à être bien soignée. A un moment donné, au cours d'un surjet, l'aiguille ne sort plus des tissus et on doit faire pour la retirer de petites manœuvres qui font perdre un temps précieux.

Cet accident arrive surtout après avoir fait la fermeture du moignon cervical, dont la traversée demande une certaine force.

Ricard a fait construire dans ce but une aiguille, à pédale d'une épaisseur considérable et ayant la courbure exacte de l'aiguille Doyen. Pourtant, avec cette aiguille encore, les mêmes accidents lui sont

arrivés, ce qui fait que l'on revient, bien souvent, à *l'aiguille Doyen.*

Inutile d'insister ici sur les qualités de cette aiguille qui doit faire partie de toutes les trousses d'opération. Malheureusement faire avec elle un surjet péritonéal au fond du bassin est malaisé et allonge inutilement l'opération.

J'ai trouvé un moyen facile de faire une suture continue avec l'aiguille Doyen. La technique en est simple et d'une application facile. Pour cela il nous faut un fil d'une longueur quatre fois plus grande que celle de la plaie qu'on veut réunir.

Premier temps. — On passe le premier point en dehors du pédicule tubo-ovarien en plein péritoine, à la façon ordinaire, et l'aide fait son premier nœud juste au milieu de la longueur du fil.

Deuxième temps. — L'aide tient la moitié du fil qui est de son côté, tandis que l'opérateur, avec l'autre moitié, charge l'aiguille Doyen.

Troisième temps. — L'aiguille chargée est enfoncée dans le péritoine à la manière *Lambert* sur les deux lambeaux péritonéaux qu'on veut réunir. Il maintient l'aiguille dans cette situation avec sa concavité tournée en haut. Du fait de la courbure de l'aiguille, le fil (qui en passant subit une certaine traction) soutend comme une corde, l'arc de l'aiguille, limitant ainsi un large orifice par où l'aide passera aisément son bout de fil (fig. 4).

Quatrième temps. — Une fois que l'aide a passé son fil, il le tire jusqu'au bout, l'opérateur retire l'ai-

guille pour l'enfoncer de la même façon à 1 centimètre plus loin.

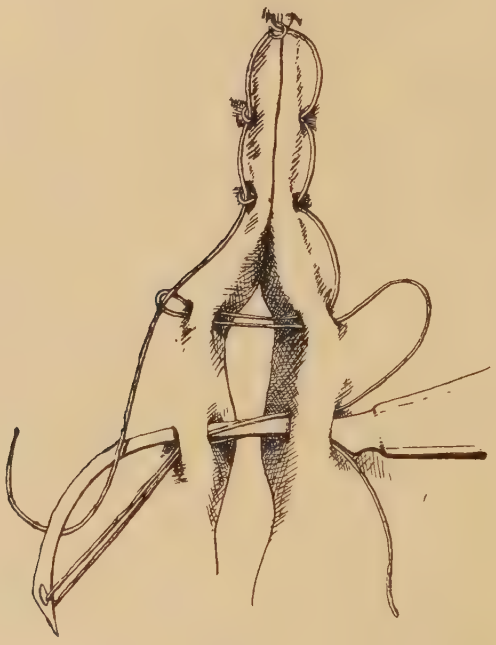

Fig. 4

L'aide recommence la même manœuvre et on conduit ainsi la suture jusqu'au bout.

Cinquième temps. — Après avoir fini la réunion des lambeaux péritonéaux, on retire l'aiguille, et on fait, avec les deux extrémités, un nœud double ou simple.

CHAPITRE IV

Hystérectomie abdominale subtotale par décollation antérieure, procédé Duret

H. Duret (de Lille) dans une étude sur le traitement du fibrome par l'hystérectomie abdominale, (étude publiée dans la *Semaine gynécologique* de 1897) décrit son procédé de faire la subtotale et en relate quatre observations. On peut aisément décomposer sa technique en dix temps principaux.

Premier temps. — Laparatomie médiane suspubienne.

Deuxième temps. — Manœuvres intra-abdominales qui ont pour but d'amener la tumeur hors de l'abdomen, si possible.

Troisième temps. — Ligature et section des ligaments larges jusqu'au niveau du col utérin.

Quatrième temps. — Taille des lambeaux péritonéo-musculaires antérieur et postérieur.

Cinquième temps. — On saisit le pédicule entre les doigts et le pouce de la main *gauche*. attirant fortement en haut la tumeur. La main droite armée d'un *bistouri ordinaire* tranche délibérément le « pédicule » horizontalement, au point choisi, mais par

temps succcessifs. On fait d'abord une incision transversale de 1 centimètre de profondeur sur la face antérieure du pédicule et aussitôt des pinces de Museux saisissent les lèvres sectionnées et les attirent fortement en haut : nouveau coup de bistouri qui tranche plus profondément le col. A ce moment on rencontre les *utérines* qui, distendues par les tractions exercées par les pinces Museux, donnent peu de sang.

Sixième temps. — *Hémostase provisoire des utérines*. — Avec des pinces de Kocher on saisit les utérines qu'on sectionne et on achève ensuite la libération du bloc utéro-annexiel.

On attire avec des pinces Museux la lèvre postérieure de la tranche cervicale.

Par des tractions sur les pinces placées au moigon cervical on tâche de l'amener au dehors, ce qui empêche le saignement des vaisseaux secondaires.

Septième temps. — *Hémostase définitive des utérines*, après leur isolement au fil de soie. Cette ligature porte sur les utérines, au niveau du flanc de l'isthme, *après qu'elles ont décrit leur crosse autour de l'uretère*.

8° *Traitement du moignon cervical*. — 1° On extirpe la muqueuse cervicale, on excave le moignon du col et on façonne les deux lambeaux comme l'a indiqué Schroeder.

2° On procède ensuite à la suture *continue alternante* avec un fil de soie assez fort, de la façon suivante :

Près d'une des extrémités du moignon, on passe le fil et on le noue. Puis on traverse profondément les deux lèvres, *deux fois de suite*. On fait ainsi deux points de suture continue profonde et on serre fortement. On les arrête en engageant le fil sous la dernière anse. On revient ensuite avec le même fil, *en arrière*, pour faire un ou deux points superficiels. On reprend deux ou trois points profonds, puis deux superficiels en serrant toujours. *On fait alterner fortement ainsi les points profonds et les points superficiels*. Les deux lèvres du moignon sont alors étroitement coaptées.

Neuvième temps. — *Péritonisation du moignon cervical et du petit bassin*. — On rabat les deux lambeaux péritonéaux et on les unit par une suture continue au catgut.

Dixième temps. — *Suture de la paroi abdominale*. — Donc les caractéristiques du procédé *Duret* sont :

1° La décollation antérieure *après* ligature des pédicules tubo-ovariens et des ligaments ronds ;

2° L'hémostase des utérines *après* la décollation ;

3° Les soins du moignon cervical.

L'opération conduite d'après la manière de *Duret* constitue le procédé qui veut concilier les deux grandes méthodes dont nous disposons pour enlever le bloc utéro-annexiel.

1° Méthode d'hémostase première de tous les pédicules.

2° Méthode de l'attaque isthmique précédant l'hémostase.

Nous avons assez insisté sur la façon dont l'utérus est maintenu en place et sur le rôle des ligaments larges. Je ne crois pas qu'en coupant ces ligaments on obtienne une facilité plus grande pour l'attaque de l'isthne ; et comme de tous les pédicules les pédicules utérins sont les plus importants on a tout intérêt à aller directement à l'isthme par le chemin le plus court et à le *sectionner*.

Ce n'est qu'ensuite qu'on fera l'hémostase des vaisseaux en commençant par les utérines, si elles sont blessées dès la section de l'isthme ou par le pédicule tubo-ovarien si on peut conduire les temps opératoires de la façon que nous avons exposée plus haut.

CHAPITRE V

Indications de l'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure

A. — L'ablation subtotale de l'utérus avec ses annexes peut se faire par trois méthodes :

1° Méthode de l'hémostase première des pédicules vasculaires utéro-annexiels ;

2° Section continue transverse (procédé de Kelly) ;

3° Attaque première de l'utérus.

a) La méthode d'hystérectomie subtotale par *hémostase première* est la plus employée. Elle a été bien réglée après les recherches faites sur les vaisseaux de l'utérus et sur les moyens d'assurer l'hémostase au cours d'une hystérectomie.

Les procédés de *Schrœder*, *Chroback*, *Delagénière*, *Terrier*, *Jonnesco*, *Pozzi*, etc., dérivent de la préoccupation constante des chirurgiens d'opérer sur un terrain asséché par des ligatures ou pincements provisoires des pédicules utérins ;

b) La méthode de l'ablation subtotale de l'utérus et des annexes par *section continue transverse* fut un grand progrès.

Elle est imaginée de toutes pièces par *H. Kelly* en 1895, importée en France par *Segond* (1897), généralisée ensuite ;

c) La méthode d'hystérectomie « subtotale » par attaque *première de l'utérus* est la plus récente acquisition dans l'arsenal de la thérapeutique gynécologique.

On peut attaquer l'utérus au niveau de son *isthme* ou de son *corps*.

1° L'attaque première du corps utérin se fait de deux façons :

a) Soit par *hémisection ;* procédé décrit par *Longuet* en 1899 et qui dérive de l'opération de *J.-L. Faure* (hystérectomie abdominale *totale* par hémisection utérine, 1897) ;

b) Soit par *énucléation* et morcellement abdominal, précédent l'ablation subtotale de l'utérus.

2° *L'attaque première de l'isthme* peut se faire encore par deux voies :

a) Par *la voie postérieure : décollation postérieure* décrite par *Longuet* en 1899 et par *J.-L. Faure* (1900).

b) Par *la voie antérieure*, *décollation antérieure*, pratiquée pour la première fois par *Kelly* (John Hopkins Hospital, mars 1900), ensuite par J.-L. Faure (novembre 1900).

Chacun de ces procédés a ses indications spéciales. Il faut les connaître tous, car on pourra s'en servir et au besoin les combiner.

Imaginé pour rendre possible l'ablation d'un *utérus fibromateux* qu'on ne pouvait pas attaquer d'une

autre manière, l'*hystérectomie subtotale par la décollation antérieure* a été employée, depuis, surtout dans les *annexites suppurées*. Est-ce à dire que ce sont là les deux seules indications de la *décollation antérieure ?*

Je ne le crois pas.

Si je me reporte aux opérations de mon maître *Ricard*, je trouve qu'il fit avec succès la « décollation antérieure » dans des cas d'*hématocèles rétro-utérines*, de *grossesses extra-utérines*, de kystes de l'ovaire. Je crois même qu'étant mieux connue cette opération, par la simplicité et la rapidité de son exécution, pourra étendre son emploi à toutes les maladies justiciables d'une « subtotale » où l'abord de l'isthme est plus facile par la voie antérieure.

La décollation antérieure a été surtout recommandée dans les cas difficiles.

Est-ce à dire que dans les cas faciles, là où toutes les méthodes sont bonnes, la décollation antérieure soit contre-indiquée ? Je ne crois pas que dans des cas pareils le procédé de Kelly, ou un des procédés d'hystérectomie par hémostase première, soit d'une exécution plus facile et plus rapide. Je suis même convaincu du contraire en ce qui concerne la rapidité et l'élégance de l'opération.

B. — *Hystérectomie subtotale par décollation antérieure dans les fibromes de l'utérus*

Pour discuter les indications de l'hystérectomie par la décollation antérieure, nous allons considérer trois catégories de lésions :

a) *Fibromes utérins volumineux ;*

b) *Fibromes de volume moyen ;*

c) *Fibromes de petit volumes.*

a) *Dans les cas de fibromes utérins volumineux*, (5-8 kgr. et même plus) l'hystérectomie subtotale est possible et d'après *Bouilly* (voir Congrès de chirurgie, 1899) elle est plus facile dans ces cas, où les tumeurs se pédiculisent naturellement, que dans les cas d'utérus petits, ramassés au fond du petit bassin, difficiles à extérioriser. Depuis, nombre de chirurgiens sont intervenus par l'hystérectomie subtotale et ont eu des succès.

Va-t-on tenter dans pareils cas la section première de l'isthme ? Je crois qu'elle est formellement contre-indiquée si on se trouve en présence d'un pédicule pelvien extrêmement épais, avec des vaisseaux de dimensions énormes, et dont la blessure au cours de la section de l'isthme peut amener des hémorragies graves très difficiles à arrêter.

Dans ces cas, la méthode de l'ablation utéro-annexielle subtotale par hémostase première se trouve tout indiquée.

La *décollation* a son indication, seulement dans les gros fibromes à développement abdominal qui ont amené un allongement anormal de l'isthme, dont l'abord et la section sont très faciles.

b) Dans les fibromes utérins de *volume moyen*, les indications de la « décollation » varient avec le *siège* et le *développement* des tumeurs.

Au point de vue du *siège* on peut réunir les fibromes susceptibles d'une hystérectomie subtotale en deux groupes :

1° *Fibromes du segment inférieur* (portion sus-vaginale et isthmique) de l'utérus ;

2° *Fibromes du segment supérieur* (corps).

Les tumeurs peuvent avoir un développement :

1° Sous-séreux (sessile, pédiculé) ;

2° Interstitiel ;

3° Sous-muqueux ;

4° Intra-ligamentaire ;

Enfin, nous pouvons voir des tumeurs multiples occupant des sièges très variables, ou bien nous nous trouvons en présence d'une masse unique.

Le fibrome du *segment inférieur* peut siéger sur la *paroi antérieure* et on y a vu les deux variétés : *pédiculé* et *sessile*.

Au début, la tumeur, par le fait de son développement, écarte de l'utérus la vessie qu'elle pousse contre la symphyse ; la tumeur soulève ensuite le cul-de-sac vésico-utérin, dont elle s'enveloppe et

peut s'échapper du pelvis si elle est pédiculée, pour prendre un développement abdominal.

Tant que la tumeur est *sessile*, la section première *du col par la voie antérieure est impossible* — et dans un cas semblable présenté à la Société de Chirurgie (1906), Lejars a fait l'hystérectomie abdominale *totale*.

Le déplacement en arrière du segment isthmique de l'utérus rend l'hystérectomie abdominale totale très dangereuse. *Richelot* rapporte *trois* cas de blessure des uretères au cours des hystérectomies pour fibrome du segment inférieur de l'utérus. Et dans de pareils cas, *J.-L. Faure* et *Martin* (de Rouen) se prononcent pour *l'hémisection* première.

Je crois qu'on pourra tenter l'*énucléation* de la tumeur, ce qui rend possible l'exécution d'une hystérectomie subtotale, et ce n'est qu'après avoir échoué dans cette manœuvre qu'on pourra faire appel à l'hémisection.

Les mêmes considérations font rejeter l'attaque première de l'isthme par la voie antérieure dans les cas de tumeur pédiculée, où pourtant la subtotale a été faite (cas de *Lejars. Annales d'obst. et gynécol.* oct. 1906).

Dans les cas de *fibromes* se développant sur la *paroi postérieure* du segment inférieur de l'utérus, la *décollation antérieure* donne son indication formelle.

En effet, ces tumeurs occupent le Douglas et ont comme résultat de pousser l'utérus en avant

et en haut, situation favorable pour l'attaque de l'isthme par la voie antérieure. L'isthme sectionné, avec l'index on cueille de bas en haut la tumeur et on achève l'opération par l'hémostase et la section des ligaments larges. Les fibromes qui ont leur point d'implantation sur les *parois latérales* du segment inférieur de l'utérus se développent dans la gaine hypogastrique.

Ici l'abord de l'isthme par devant est difficile et même inutile car la section continue transverse de Kelly trouve là sa meilleure indication.

2° *Les fibromes du segment supérieur* (corps) de l'utérus siègent soit dans les *parois*, soit au *fond*, soit sur ses *flancs*.

Théoriquement on peut enlever tout fibrome qui occupe les parois et le fond, par le procédé de la décollation antérieure, mais celle-ci est surtout indiquée dans les cas de fibromes de la *paroi postérieure* (les plus fréquents d'ailleurs). Ici les mêmes considérations que j'ai exposées dans les cas de fibrome de la paroi postérieure du segment inférieur de l'utérus me font préférer la décollation antérieure comme opération de choix.

c) Dans les *fibromes de petit volume*, à évolution pelvienne ou dépassant à peine le détroit supérieur, le choix de l'opération dépendra :

1° Du siège du fibrome ;

2° De la mobilité de l'utérus et du siège des adhérences ;

3° De l'état et de la situation des annexes.

Un utérus fibromateux de petit volume, mobile, avec annexes normales, ou en tout cas libres de toute adhérence, peut être enlevé facilement par tous les procédés. Il l'est d'autant plus rapidement par le procédé de la *décollation antérieure première* ; cette opération s'impose, si on trouve en plus des annexes malades, adhérentes dans le Douglas.

C. — *Hystérectomie abdominale subtotale par décollation antérieure dans les lésions bilatérales des annexes*

Les premières hystérectomies subtotales par le procédé de la « décollation antérieure » dans les lésions bilatérales des annexes ont été faites par *J.-L. Faure*. Elles remontent à 1903 ; et depuis, nous n'en trouvons pas de cas publiés. Les indications de cette opération dans les lésions annexielles ont été bien exposées par J.-L. Faure à différentes reprises : dans son livre sur la *Chirurgie des annexes* (1902), dans un article de la *Tribune médicale* du 4 juillet 1903, au *congrès de Madrid* (1903) et dans une *Clinique* faite à l'*Hôtel-Dieu*, et publiée dans la *Presse Médicale* du 20 janvier 1904.

Il part d'un principe très juste, que chaque chirurgien peut contrôler, toutes les fois qu'il fait une ablation utéro-annexielle par voie abdominale ; ce principe est le suivant ; *pour extirper facilement les an-*

nexes il faut les attaquer par leur pôle inférieur; leur décortication se fait alors beaucoup mieux que si on les attaque de *haut en bas*. Une fois ce principe posé, un second en découle : *aller par le chemin le plus court et le moins encombré au pôle inférieur du bloc utéro-annexiel* si on veut en faire l'ablation rapide.

Par rapport à l'utérus, les annexes malades peuvent avoir *trois* situations différentes et principales :

1° Les annexes sont libres, se développent au faîte des ligaments larges et sont maintenues là, en équilibre instable, par les organes voisins (côlon iléo-pelvien, anses de l'intestin grêle);

2° Les annexes malades occupent le compartiment *antérieur*, ou vésical de la cavité pelvienne, le Douglas étant libre;

3° Mais le plus souvent les annexes malades tombent dans le Douglas et peuvent y rester libres, ou prennent des adhérences, surtout au rectum.

Quant à l'utérus, il peut, dans ces différentes modalités des lésions annexielles, être *mobilisable* ou au contraire *fixé*. Ce qui rend l'utérus immobile ce n'est pas tant les adhérences aux annexes, comme le pense J.-L. Faure, que l'infiltration inflammatoire et la rétraction scléreuse des gaines hypogastriques.

En effet, dans des lésions annexielles énormes (hydro-pyo ou hémosalpinx, etc.) qui occupent le Douglas et y adhèrent, débordant même ce compartiment et venant remplir aussi l'espace utéro-vésical, on trouve une certaine mobilité de l'utérus, si les

gaines hypogastriques ne sont pas infiltrées ou rétractées.

On met en évidence la mobilité de l'utérus en tirant sur son fond avec une pince de Museux. Et alors :

1° Ou bien l'utérus *vient,* ce qui fait prévoir une ablation relativement facile du bloc utéro-annexiel ;

2° Ou bien l'utérus *tient*, ne bouge pas et dans ces cas on peut être sûr que son extirpation sera malaisée.

La *mobilité* ou *l'immobilité de l'utérus* étant d'une grande importance dans le choix de l'opération en cas de lésions annexielles, il faudra — en conséquence — s'en assurer dès le début de l'intervention.

En *principe*, pour faire une décollation *antérieure* ou *postérieure il faut que l'utérus soit mobilisable.*

Les considérations anatomo-chirurgicales exposées dans la première partie de ce travail nous en expliquent les motifs.

Pour que la *décollation antérieure* soit possible, il faut que l'abord de l'isthme par devant soit facile, donc l'*espace vésico-utérin libre de toute tumeur.*

Les tumeurs annexielles occupant le compartiment vésical de la cavité pelvienne et y adhérant constituent une contre-indication formelle pour la pratique de la décollation antérieure. C'est le cas où on doit faire l'ablation utéro-annexielle par une décollation *postérieure*, si le Douglas est libre, ou si

l'utérus est facile à détacher de ses adhérences au rectum.

Dans les cas où l'utérus étant mobilisable les annexes malades se développant aux faîtes des ligaments larges sont libres de toutes adhérences, la décollation antérieure est applicable et s'exécute avec une grande rapidité.

Mais les cas où la décollation antérieure est la seule indiquée, ce sont ceux de tumeurs annexielles occupant le Douglas y adhérant et où l'attaque n'est possible que par une section première de l'isthme.

D. — *Hystérectomie abdominale subtotale par « décollation antérieure » dans les rétro-déviations*

L'hystérectomie subtotale a été rarement employée dans le traitement des rétro-déviations. Cette opération radicale est indiqué dans deux séries de cas :

1° Toutes les fois où les autres moyens de traitement de la déviation utérine ont échoué, tels que : hystéropexies, raccourcissement des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander, ou raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds), opérations plastiques sur l'utérus, etc.

2° Dans les cas de rétro-déviations irréductibles, fixés par des adhérences solides au rectum et paroi pelvienne, accompagnées le plus souvent de lésions annexielles.

Terrier le premier, au congrès de 1899, relate un

cas de rétroversion adhérente avec salpingite scléreuse, traité par l'hystérectomie *subtotale*, avec succès.

C'est *Ricard* qui fit (1909) la première « décollation antérieure » dans la rétro-déviation irréductible.

Il est facile de se rendre compte que dans de pareilles lésions, l'ablation du bloc utéro-annexiel est rendue extrêmement facile par la section première de l'isthme qui, dans ces cas, n'est possible que d'avant en arrière.

CHAPITRE V

Résultats

Si nous nous rapportons aux cas publiés d'hystérectomie subtotale par la décollation antérieure, ainsi qu'aux opérations de mon maître Ricard, nous constatons combien cette opération est bénigne.

A. — *Hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure dans le fibrome*

Ricard a fait cinq fois la décollation antérieure dans le fibrome utérin, trois fois entre autres pour fibrome compliqué de salpingite.

La première opération remonte au 26 octobre 1903.

Observation I. — P. R..., quarante-quatre ans. Fibrome de la face postérieure du corps de l'utérus enclavé dans le petit bassin. Opéré le 26 octobre 1903 par la décollation antérieure. Drainage abdominal.

Guérison.

Observation II. — C... Alexandrine, quarante-quatre ans.

Fibrome enclavé dans le Douglas. Opérée le 26 décembre 1904 par la décollation antérieure.

Guérison.

Observation III. — D... Eugénie ; quarante-six ans Fibrome interstitiel et double salpingite très adhérentes.

Opéré le 11 mai 1905.

Décollation antérieure. Désenclavement de bas en haut des deux poches annexielles qui se rompent. Péritonisation incomplète.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation IV. — D... Berthe, trente-cinq ans Fibrome utérin et salpingite double suppurée.

Opérée le 1er novembre 1906.

Décollation antérieure première. Appendicectomie.

Drainage abdominal et vaginal.

Guérison.

Observation V. — B... Alexandrine, quarante et un ans. Utérus fibromateux et abcès antéutérin avec lésion double des annexes.

Opéré le *29 mai 1906*. A l'ouverture du ventre on tombe sur une masse très dure masquant la vessie et l'utérus. On coupe les adhérences. Une des poches antéutérines purulente se rompt pendant ces manœuvres.

On attaque alors l'utérus au niveau de son isthme par devant et on fait l'ablation du bloc utéro-annexiel ensuite.

Drainage abdominal.

Guérison.

Si on ajoute à ces observations les opérés de *Kelly*, J.-L. Faure et les 4 cas de *Duret* de Lille, on arrive au total de 11 opérations de subtotale par la décollation antérieure, avec 11 succès.

B. — *Hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure dans les lésions annexielles*

Ricard a employé dans les lésions annexielles la décollation antérieure 28 fois : 26 fois pour des salpingites suppurées ; 1 fois pour grossesse extra-utérine ; 1 fois pour kyste inclus dans le ligament large.

a) *La « décollation antérieure » dans les salpingites suppurées*

La première remonte au 24 novembre 1903.

Observation I. — H... Marguerite, vingt et un ans. Salpingo-ovarite double.

Opérée le 24 novembre 1903.

A l'ouverture du ventre on trouve des adhérences solides des trompes dans le Douglas. Décollation antérieure et extraction des annexes de bas en haut.

Péritonisation impossible.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation II. — A... Louise, vingt-quatre ans. Salpingite double.

Opérée le 28 novembre 1904, par décollation antérieure.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation III. — M... Jeanne, trente et un ans. Salpingite gauche.

Opérée le 5 décembre 1904. Décollation antérieure ; *l'ovaire droit est laissé en place.* Drainage abdominal.

Guérison.

Observation IV. — B... Jeanne, quarante-deux ans. Salpingite double.

Opérée le 21 février 1905.

Décollation antérieure : drainage abdominal.

Guérison.

Observation V. — M... Ermance, quarante-trois ans. Double salpingite. Tumeur volumineuse rétro-utérine développée aux dépens de l'ovaire gauche.

Opérée le 22 mai 1905.

Décollation antérieure.

La poche se rompt donnant issue à du liquide louche séreux.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation VI. — B... Jeanne, vingt-quatre ans. Salpingite double avec *rétroversion*,

Opérée le 12 octobre 1905.

Décollation antérieure.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation VII. — S..., Désirée, vingt-six ans. Salpingite double.

Opérée le 19 octobre 1905.

Guérison.

Observation VIII. — P... Julie, dix-huit ans. Salpingite suppurée droite englobant l'appendice dans sa masse.

Kyste dermoïde gauche.

Opérée le 13 décembre 1905.

Décollation antérieure.

Evidement du moignon pour faire passer le drain vaginal. Cloisonnement haut du petit bassin.

Drain abdominal.

Guérison.

Observation IX. — L... Léontine, trente-six ans, salpingite double très adhérente.

Opérée le 8 janvier 1906.

Décollation antérieure, drainage abdominal. *Guérison.*

Observation X. — J... Marguerite, trente ans, salpingite double adhérente au rectum et aux parois du petit bassin.

Opérée le 23 octobre 1906.

Décollation antérieure.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XI. — F... Louise, vingt-six ans, salpingites double adhérente.

Opérée le 4 décembre 1906.

Décollation antérieure.

Guérison.

Observation XII. — P... Marie, quarante-sept ans, salpingite double datant de trois ans. Les annexes gauches sont surtout malades.

Opérée le 8 mai 1907.

Décollation antérieure.

Au cours des manœuvres deux kystes à contenu clair sont ouverts.

Fortes adhérences des annexes gauches au rectum.

Pus dans le Douglas.

Hémisection du col pour faire passer le drain vaginal. Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XIII. — B... Anna, trente-deux ans. Salpingite double suppurée.

Opérée le 24 mai 1907.

Décollation antérieure.

Rupture de la collection gauche au cours de manœuvres.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XIV. — L... P..., vingt-quatre ans. Salpingite double, qui a débuté il y a quatre ans à la suite de couches.

Opérée le 19 juin 1907.

Décollation antérieure.

Les annexes sont très adhérentes. Au cours de l'opération on ouvre une grosse poche à contenu clair.

Drainage abdominal pendant quarante-huit heures.

Guérison.

Observation XV. — D... V, dix-huit ans. Salpingite double avec antéflexion.

Opérée le 19 juin 1907.

Le petit bassin est rempli de poches et adhérences englobant l'utérus. Une poche droite s'ouvre au cours de l'opération. On finit par faire la décollation antérieure.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XVI. — A... Marie, vingt-trois ans. Salpingite double, très adhérentes.

Opérée le 17 juillet 1907.

Décollation antérieure.

Guérison.

Observation XVII. — S... Blanche, vingt-huit ans. Volumineux pyosalpinx droit couché sur l'utérus recouvert de l'épiploon qui y est adhérent. Hydrosalpinx gauche.

Opérée le 17 août 1907.

Décollation antérieure.

Drainage.

Guérison.

Observation XVIII. — M... Louise trente ans. Salpingite double. Gros pyosalpinx droit.

Opérée le 23 août 1907.

Décollation antérieure.

Guérison.

Observation XIX. — B... Marie, trente-six ans, métrite avec salpingite double.

Opérée le 20 mars 1908.

A l'ouverture du ventre on trouve deux grosses poches purulentes volumineuses adhérant au fond du Douglas.

On fait la décollation antérieure et on enlève les annexes de bas en haut.

On fait l'hémisection du col pour le drain vaginal. Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XX. — G. R..., vingt-trois ans.

Salpingite double avec pelvi-péritonite adhésive.

Opérée le 23 mai 1908.

Décollation antérieure.

Guérison.

Observation XXI. — B. M..., vingt-quatre ans.

Salpingite double avec restes de pelvi-péritonite adhésive.

Opérée le 15 juin 1908.

Décollation antérieure. *Déchirure du rectum* qu'on suture. Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XXII. — J. L... trente-six ans.

Salpingite double.

Opérée le 11 décembre 1908.

Décollation antérieure.

Guérison.

Observation XXIII. — L. K..., vingt-cinq ans.

Salpingite double : très grosses lésions.

Pendant deux mois et demi on attend le refroidissement mais il ne se produit aucune amélioration.

Pendant tout ce temps la température oscille entre 38 degrés et 39°8.

Les lésions étant peu accessibles par le vagin, la colpotomie est rejetée comme opération inutile et on se décide pour une hystérectomie abdominale.

Opération le 15 janvier 1909.

Des masses énormes remplissent le petit bassin débordant le détroit supérieur.

Adhérences du grand épiploon et de l'anse sygmoïde.

Au cours des manœuvres on ouvre une poche droite et une assez notable quantité de pus envahit le champ opératoire ; pus extrêmement fétide, épais, jaune-verdâtre.

On attaque l'isthme par devant et on finit en quelques instants l'ablation de l'utérus et des annexes qu'on cueille de bas en haut.

On fend la paroi postérieure du col et du cul-de-sac vaginal pour passer le drain vaginal, qu'on fixe à la tranche cervical.

On fait le cloisonnement haut du pelvis et on place un drain abdominale.

Mort dans les *vingt-quatre heures.*

A l'autopsie on trouve dans la cavité péritonéale de la

sérosité louche et des anses agglutinées. *Pas d'hémorragie.*

La mort est due à la *septicémie* péritonéale.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'indication de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations pelviennes pendant *la période aiguë*. Mon maître Ricard pratique volontiers et avec succès la colpotomie dans des cas analogues.

Ici, la situation haute des tumeurs annexielles rendait l'ouverture des poches purulentes impossible. C'est l'état très grave dans lequel se trouvait la malade qui l'a forcé à intervenir quand même mais par la voie abdominale.

Je crois que ce cas de mort, *le seul* de notre statistique, ne doit pas être mis sur le compte du procédé de la décollation, et qu'en pareil cas tout autre procédé opératoire aurait échoué.

Observation XXIV. — V... Eugénie, trente-quatre ans, Opérée il y a douze ans par M. Polaillon pour une salpingite gauche.

Elle entre dans le service avec une grosse salpingite droite.

Opéré le 18 janvier 1909.

Décollation antérieure. Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XXV. — M. D..., trente ans.

Salpingites doubles ; très grosses lésions.

Opérée le 29 janvier 1909.

Décollation antérieure.

Drainage abdominal.

Guérison.

Observation XXVI. — D... Pauline, trente-deux ans.

Salpingite double ancienne.

Opérée le 1er février 1909.

Décollation antérieure.

Guérison.

b) *La « décollation antérieure » dans la grossesse extra-utérine*

Ricard fit la première décollation antérieure dans la grossesse tubaire et avec succès.

Observation XXVII. — H. D..., quarante ans.

Grossesse tubaire dans le troisième mois, *rompue*, hématocèle rétro et anté-utérine.

Opérée le 18 novembre 1908.

Décollation antérieure.

Drainage abdominal.

Guérison.

c) *La décollation antérieure dans les kystes inclus du ligament large*

Observation XXVIII. — C. C..., cinquante ans.

Kyste inclus dans le ligament large gauche.

Utérus gros fibromateux.

Opérée le 6 janvier 1908.

On commence par ponctionner le kyste,ce qui permet l'accès de l'utérus.

Ensuite on fait l'extirpation de bas en haut, du kyste qu'on désenclave et de l'utérus.

On laisse en place les annexes droites.

Drainage abdominal.

Guérison.

Si on ajoute à ces observations les 5 cas de J.-L. Faure (Thèse de Bru. Montpellier, 1903),on arrive au total de 33 subtotales par la décollation antérieure, dans les lésions doubles des annexes, avec *une seule mort ;* soit une mortalité de 3 o/o.

C. — *L'hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure dans la rétro-flexion de l'utérus.*

Mon maître Ricard a eu l'occasion d'intervenir une *seule fois.*

OBSERVATION XXIX

V. R..., vingt et un ans.

Rétroflexion fixe et très douloureuse.

Opérée le 15 février 1909.

Décollation antérieure.

Guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure s'exécute en huit temps :

1° Laparotomie médiane suspubienne ;

2° Manœuvres intra-abdominales qui ont pour but de limiter le champ de nos investigations et de rendre accessible l'utérus et sa région isthmique.

3° Section transversale de l'isthme, d'avant en arrière ;

4° Hémostase provisoire des pédicules vasculaires utéro-annexiels et section des ligaments larges ;

6° Traitement du moignon cervical ;

7° Péritonisation du petit bassin ;

8° Réfection de la paroi abdominale.

II. — Cette opération trouve ses indications dans tous les états morbides utéro-annexiels, au même titre que l'opération de Kelly ou un des procédés d'ablation utéro-annexiels par la méthode de *l'hémostase première*.

Mais elle est seule indiquée toutes les fois que l'ablation du bloc utéro-annexiel n'est possible que par *l'attaque première de l'isthme* et si *la voie*

antérieure est la seule libre pour en permettre la section.

III. — Les résultats que nous avons exposés nous font considérer l'hystérectomie abdominale subtotale par la « *décollation antérieure* » comme une opération excellente, que tout chirurgien doit savoir faire, et répondant à toutes les exigences d'un procédé opératoire qui doit rester dans l'arsenal de la thérapeutique gynécologique, c'est-à-dire :

1° L'hystérectomie abdominale subtotale par la décollation antérieure se fait d'une façon très réglée, car c'est une opération anatomique par excellence ;

2° Son exécution est facile et demande le minimum de temps ;

3° Elle est d'une bénignité très grande.

Vu : le président de la thèse,
SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.